



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Optimieren des Pflegeprozesses durch reflektierte
Interaktion“

Verfasserin

Eva Mayer

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag.phil.)

Wien, Juli 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft

Betreuerin:

Mag. Dr. Roswitha Engel

Kurzfassung

Diese Literaturbearbeitung ist geprägt von der Intention jene Aspekte zu verdeutlichen, die einen patientenorientierten Pflegeprozess fördern. Von Pflege-theorien geleitet wird der Interaktionsprozess als Grundlage für einen konstruktiven Problemlösungsprozess beleuchtet. Die daraus entstehenden Anforderungen nach Theorien für reflektierte Interaktion auf persönlicher und soziokultureller Ebene, werden mit der Bearbeitung metakommunikativer Aspekte aus unterschiedlichen Theoriegrundlagen wie der klientenzentrierten Gesprächsführung nach Carl R. *Rogers*, den pragmatischen Axiomen nach *Watzlawick* et al., dem Kommunikationsquadrat nach *Schulz von Thun* und der Transaktionsanalyse, beantwortet. Durch die Bearbeitung von Artikeln aus deutschsprachigen Pflegezeitschriften zum Thema „Pflegeprozess“ wird deutlich, dass vorwiegend der Problemlösungsprozess reflektiert wird. Die Reflexion des Beziehungsprozesses findet in den Auseinandersetzungen noch wenig Ausdruck. Eine Möglichkeit skizziert *Berta Schrems* durch Fokussieren der Begründung, welche den individuellen Pflegeprozess mit Pflegewissen verbindet, um so die Prozessschritte nachvollziehbar zu machen. Sinnvoll wäre ein gezieltes Erweitern, Differenzieren und Vertiefen der Interaktionskompetenz der Gesundheits- und Krankenpflegekraft, wie dies *Roswitha Engel* mit der Konstruktion eines „Integrierten Ausbildungscurriculums“ aufzeigt.

Abstract

This paper is based on theories which take the interaction between the patient and the caregiver as a precondition for a constructive problem solution process. The demands originating from theories for reflected interaction at personal and sociocultural levels are answered with the treatment of aspects of interaction from different theory bases like Carl R *Rogers*’ “Client-centred Chairmanship”, the “Pragmatic Axioms” by Watzlawick et al. to the “Communication Square” by *Schulz von Thun* and Thomas A. *Harris*’ practical guide to “Transactional Analysis”. In the overview of articles from German nursing magazines regarding “nursing processes” the problem solution process is the most clearly illustrated issue. The reflection of the relationship aspect still finds little expression in the discussions. Berta *Schrems* outlines a possibility by focusing on the basis connecting the individual nursing process with nursing knowledge, and therefore to understand the process steps. A specific widening, differentiating, and deepening of the interaction competence of the caregiver, as indicated by Roswitha *Engel*, would be assisted by the construction of an integrated education curriculum.

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	1
2	BEGRIFFSKLÄRUNG	6
2.1	Pflegeprozess	6
2.2	Kommunikation, Interaktion	10
2.3	Metakommunikation	11
3	PFLEGETHEORETISCHES VERSTÄNDNIS VON INTERAKTION ALS GRUNDLAGE FÜR DEN PFLEGEPROZESS.....	12
3.1	Interaktion als Konzept der Domäne Pflege	13
3.1.1	Patient-Umwelt-Interaktion	14
3.1.2	Interaktion zwischen Patient und Gesundheits- und Krankenpflegekraft	16
3.2	Erkenntnisse aus der Theorieentwicklung	23
4	INTERAKTION IM PFLEGEPROZESS	26
4.1	Der Pflegeprozess als Beziehungsprozess	26
4.2	Der patientenorientierte Pflegeprozess im Rahmen einer Middle Range Theory.....	33
4.3	Soziokulturelle und systemische Einflüsse im Rahmen des Pflegeprozesses	38
4.3.1	Rollen in Gesellschaftssystemen und deren Bedeutung für den Pflegeprozess.....	40
4.3.2	Signifikante Symbole und deren Bedeutung für den Pflegeprozess anhand eines Pflegermodells	42
4.3.3	Systemische Einflüsse im Rahmen des Pflegeprozesses.....	49
4.4	Zusammenfassung der Einflussfaktoren auf Interaktion im Rahmen des Pflegeprozesses	57
5	THEORIEGELEITETE METAKOMMUNIKATION IM RAHMEN DES PFLEGEPROZESSES.....	59
5.1	Fünf pragmatische Axiome als Impuls zur expliziten Metakommunikation.....	59
5.2	Das Kommunikationsquadrat nach Schulz von Thun	62

5.3	Die Transaktionsanalyse	63
5.4	Zusammenfassung der theoriegeleiteten Reflexion und deren Anwendung im Pflegeprozess	68
6	REFLEKTIERTE INTERAKTION ALS GRUNDLAGE FÜR EINEN KONSTRUKTIVEN PFLEGEPROZESS.....	75
6.1	Artikelbearbeitung.....	75
6.2	Erkenntnisse aus der Artikelbearbeitung	90
7	ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNG	94
8	LITERATURVERZEICHNIS.....	99

Abbildungen und Tabellen

Abbildung 4-1: Das Sunrise-Modell zur Darstellung der Theorie der kulturspezifischen Fürsorge (Leininger 1998, S.69)	47
--	----

Abbildung 4-2: Diagramm des individuellen Systems und zugleich des Familiensystems nach der Theorie des systemischen Gleichgewichts (Friedemann 1996).....	54
--	----

Tabelle 3-1: Aspekte des Reflektierens von Interaktion in Pflege-theorien	21
---	----

Tabelle 4-1: Aspekte der Reflektierens im Pflegeprozess	58
---	----

Tabelle 5-1: Theoriegeleitete, reflektierte Interaktion im Pflegeprozess	72
--	----

1 Einleitung

Am 10. Juli 1997 wurde in Österreich das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz beschlossen, in dem neben der Festlegung von Berufsbild, Rechten und Pflichten unter anderem eine detaillierte Beschreibung der Tätigkeitsbereiche für die diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegekraft formuliert steht. Im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich für die Ausübenden des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege werden das methodische Vorgehen im Rahmen des Pflegeprozesses und die Anforderungen an die Dokumentation der Prozessschritte definiert (vgl. Weiss-Faßbinder, Lust 2000, S. 42).

Mit dem Begriff Pflegeprozess ist ein reflektiertes, systematisches Arbeiten einer diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegekraft mit dem Patienten gemeint. Die Bedürfnisse, Probleme und Ressourcen des Patienten werden erhoben, der Patient in seiner physischen, psychischen und sozialen Situation wird erfasst, Pflegediagnosen werden definiert. Mit dem Patienten wird ein gezielter Plan erstellt, der ihn in seiner Selbstpflegefähigkeit stärkt, ihm Wissen und Möglichkeiten für die individuelle Pflege aufzeigt und ihm die notwendige Unterstützung zuteil werden lässt.

Im Pflegeprozess begleitet die diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegekraft den Patienten auf dem Weg der Problemlösung und Gesundheitsförderung. Von einer diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegekraft wird erwartet, dass die Begleitung reflektiert geschieht und nachvollziehbar dokumentiert wird. In den letzten zwanzig Jahren wurde dieser Prozess auch vielfältig beschrieben. In der Pflegeliteratur sind verschiedene Versionen lösungsorientierter Prozessschritte zu finden. Aktuelles evidenzbasiertes Pflegewissen ist notwendig, um den Prozess professionell gestalten zu können.

Wie jedoch das Wissen einer diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegekraft im Sinne des Problemlösungsprozesses eingesetzt werden und wirken kann, ist unter anderem abhängig von der Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient. Paul *Watzlawick*'s erstes Axiom übertragen auf den Pflegeprozess macht klar, dass auch Pflegende nicht Nichtkommunizieren können (vgl. Watzlawick 1974, S.50-53). Jeder Problemlösungsprozess wird begleitet von einem Beziehungsprozess.

Um einen konstruktiven Beziehungsprozess aufzubauen, braucht die diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegekraft zusätzliche Kompetenzen. Kontakt, Begegnung und Beziehung zum Patienten müssen hergestellt, systemische und soziokulturelle Einflüsse müssen beachtet und reflektiert werden. Dies ist Voraussetzung und Grundlage für den gemeinsamen Arbeitsprozess.

Für die diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegekraft bedeutet dies, dass sie ein fundiertes, umfangreiches Wissen über Interaktionsprozesse und deren Einflüsse auf individueller, systemischer und soziokultureller Ebene braucht. Als personelle Kompetenz muss eine diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegekraft auch zwischen Nähe und Distanz ausdifferenzieren können und sie muss fähig sein, Selbstwahrnehmung und Fremdwahrnehmung zu reflektieren, um Übertragungsphänomene zu erkennen.

Kompetenzen zur Gesprächsführung werden im Rahmen der Ausbildung vermittelt, denn Gespräche zwischen Pflegenden und Patienten finden in unterschiedlichsten Settings statt. Im Rahmen des Pflegeprozesses werden Gespräche in Form von Anamnesegesprächen, Informationsgesprächen, Schulungsgesprächen, Entlastungsgesprächen und Entlassungsgesprächen mehr oder weniger geplant, durchgeführt, reflektiert und auch dokumentiert. Ein großer Teil des Austausches zwischen diplomierter Gesundheits- und Krankenpflegekraft und Patienten findet jedoch auch während Pflegetätigkeiten, im Zuge des gemeinsamen Miteinanders in Form von sogenannten

Alltagsgesprächen statt. Gerade in diesen „Alltagsgesprächen“ drücken Menschen ihr Befinden, ihre Befürchtungen und ihre Bedürfnisse aus. Dies bedeutet, dass das Erfassen und Reflektieren von informellen Gesprächen als konstruktive Komponente im Pflegeprozess wirken kann. Die Gesundheits- und Krankenpflege ist ein Interaktionsprozess, der den Planungs- und Handlungsprozess beeinflusst und begleitet.

Der Pflegeprozess, so wie er seit mehr als 20 Jahren gesetzlich in Österreich verankert ist, setzt sich genau betrachtet aus zwei Komponenten zusammen, aus einem Problemlösungsprozess und einem Beziehungsprozess. *Watzlawick's* zweites Axiom übertragen auf den Pflegeprozess bedeutet, dass der Beziehungsprozess den Problemlösungsprozess bestimmt (vgl. Watzlawick 1974, S. 53-56). Im Falle einer Irritation auf der Beziehungsebene ist es demnach für einen konstruktiven Pflegeprozess entscheidend, ob und wie die Beziehung reflektiert wird.

Auch Pflegeetheoretikerinnen wie beispielsweise Afaf *Meleis* heben den Beziehungsprozess hervor, *Meleis* definiert unter anderen Interaktion und Pflegeprozess als zentrale Konzepte der Domäne Pflege. *Meleis* beleuchtet Theorien von Pionierinnen der Pflegewissenschaft und strukturiert diese anhand von „Denkschulen“, die unterschiedliche Perspektiven fokussieren wie Bedürfnistheoretikerinnen, Interaktionstheoretikerinnen und Ergebnistheoretikerinnen (vgl. Meleis 1999, S. 302 – 323). Interaktionstheoretikerinnen differenzieren zwischen Patient–Umwelt–Interaktion und Pflegekraft–Patient–Interaktion und fordern demnach konsequenter Weise mehrere Arten von interaktionsbezogenen Theorien für die Pflege. Theorien, die zwischenmenschliche Aspekte im Umweltkontext beschreiben und Theorien, die Interaktionsmuster zwischen Patienten und ihrer Umwelt im Kontext von Gesundheit und Krankheit beschreiben. Die Pflege braucht aber auch Theorien, welche die Folgen von Interaktion im Pflegeprozess beschreiben und erklären (vgl. Meleis 1999, S.191). Dies bedeutet, dass Pflegende, um patientenorientierte Pflegeprozesse verwirklichen zu können, auch über

Theorien zur Metakommunikation bescheid wissen müssen, um diese anwenden zu können.

Diese theoretische Auseinandersetzung soll jene Aspekte verdeutlichen, durch deren Umsetzung in der Praxis patientenorientierte Pflegeprozesse gefördert werden. Das Ziel dieser Arbeit ist, den Beziehungsprozess als Grundlage für einen konstruktiven Problemlösungsprozess zu beleuchten, um daraus Anforderungen an diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte und Lehrende der Gesundheits- und Krankenpflege abzuleiten.

Die Arbeit orientiert sich an folgenden zentralen Fragen:

- Wie beschreiben Pflege-theoretikerinnen Interaktion als Grundlage für den Pflegeprozess?
- Wie wird von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegekräften der Beziehungsprozess als Teil des Pflegeprozesses reflektiert?
- Welche Konsequenzen ergeben sich durch die Erkenntnisse aus den Reflexionen für den Pflegeprozess?

Eine Literaturbearbeitung ist Grundlage dieser Arbeit und wird folgendermaßen aufgebaut:

Nach anfänglicher Klärung der Begriffe „Pflegeprozess, Kommunikation / Interaktion und Metakommunikation“ werden Pflege-theorien bearbeitet, die Interaktionsgeschehen fokussieren. Vor allem werden unterschiedliche, theoriegeleitete Aspekte von Interaktion aufgegriffen und verdeutlicht. Anschließend werden nach einer differenzierten Auseinandersetzung mit Theoriehintergründen für Interaktion im Pflegeprozess, Aspekte zur Reflexion aufgegriffen, um Metakommunikation im Sinne einer reflektierten Interaktion als gezieltes, professionelles Instrument zur Gestaltung von Pflegeprozessen zu beleuchten. Vorrangig werden Kommunikationsgrundlagen abgeleitet, die Einflüsse auf den Beziehungsprozess verdeutlichen.

Abschließend werden Abhandlungen aus deutschsprachigen Pflegezeitschriften der letzten 20 Jahre bearbeitet, um deren Reflexionsprozesse zu beleuchten. Durch das Bearbeiten der Artikel soll geklärt werden, inwieweit der Beziehungsprozess einer expliziten Reflexionen unterzogen wird und ob die Erkenntnisse daraus den Pflegeprozess beeinflussen.

2 Begriffsklärung

Die Begriffe Pflegeprozess, Kommunikation / Interaktion und Metakommunikation werden in Hinblick auf ihre Verwendung aus pflege-theoretischer Sicht und anhand von Definitionen der Kommunikationswissenschaft beleuchtet, um Bedeutungen und Zusammenhänge für die Pflege zu gewinnen und zu verdeutlichen.

2.1 Pflegeprozess

Das Wort Prozess hat lateinischen Ursprung und bedeutet soviel wie Fortschreiten, Fortgang oder Verlauf. Der Pflegeprozess bedeutet demnach eine Möglichkeit zur Hilfestellung und Strukturierung von Handlungsabläufen in der Pflege. Dabei handelt es sich nie um ein punktuelles Vorgehen, sondern um ein Fortschreiten, einen Verlauf über einen Zeitraum, der bestimmte Schritte durchläuft. Merkmale eines Prozesses nach Bevis (1978) sind die Zielorientierung, Organisation und Kreativität. Durch das menschliche Bezugssystem im Kontext Pflege erhält der Prozess Individualisierung und Kontinuität (vgl. Leoni-Scheiber 2004, S. 9,10). Individualisierung entsteht durch herstellen von Beziehung durch Interaktion. Der strukturierte Handlungsprozess wird demnach kreiert durch Interaktion und ist von der Qualität dieses Prozesses beeinflusst.

Am 10. Juli 1997 wurde in Österreich das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz beschlossen, in dem neben der Festlegung von Berufsbild, Rechten und Pflichten unter anderem eine detaillierte Beschreibung der Tätigkeitsbereiche für die diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegekraft formuliert steht. In der Beschreibung des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereiches für die Ausübenden des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege wird der Begriff „ Pflegeprozess“ verwendet und als methodisches Vorgehen, welches folgende Schritte beinhaltet bezeichnet - „§ 14 (2) Der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich umfasst

insbesondere: Erhebung der Pflegebedürfnisse und des Grades der Pflegeabhängigkeit des Patienten oder Klienten sowie Feststellung und Beurteilung der zur Deckung dieser Bedürfnisse zur Verfügung stehende Ressourcen (Pflegeanamnese),

- 1. Feststellung der Pflegebedürfnisse (Pflegediagnose),*
- 2. Planung der Pflege, Festlegung von pflegerischen Zielen und Entscheidungen über zu treffende pflegerische Maßnahmen (Pflegeplanung),*
- 3. Durchführung der Pflegemaßnahmen,*
- 4. Auswertung der Resultate der Pflegemaßnahmen (Pflegeevaluation),*
- 5. Information über Krankheitsvorbeugung und Anwendung von gesundheitsfördernden Maßnahmen,*
- 6. psychosoziale Betreuung,*
- 7. Dokumentation des Pflegeprozesses ...“*

(Schwamberger 2006, S. 51, vgl. Weiss-Faßbinder, Lust 2000, S. 42).

Mit dem Begriff Pflegeprozess wird per Gesetz ein systematischer Ablauf beschrieben, den eine diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegekraft verfolgt, um die Probleme und Ressourcen eines Patienten zu erkennen und pflegerisch zu begleiten. In diesem Sinne begleitet die diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegekraft den Patienten auf dem Weg der Problemlösung oder Gesundheitsförderung und durchläuft dabei sich kontinuierlich wiederholende Prozessschritte.

Im Pflegeassessment werden alle subjektiven und objektiven Daten über die Gesundheitsprobleme und Gesundheitsressourcen des Patienten gesammelt und analysiert, um in einem diagnostischen Prozess für diesen Patienten die passenden Pflegediagnosen zu definieren. Ziele werden mit dem Patienten definiert und die Pflegeinterventionen, die zur Zielerreichung notwendig sind, werden für jeden Mitarbeiter nachvollziehbar festgehalten. In der Durchführungsphase werden die zur Zielerreichung festgehaltenen

Pflegeinterventionen realisiert. Die Phase der Pflegeevaluation vergleicht nun die Ergebnisse mit den Zielen, überprüft den geplanten Pflegeprozess, um diesen gegebenenfalls zu verändern (vgl. Brobst et al. 2007, S. 26).

Als eine Methode, die berufliche Identität stärkt und als eine Möglichkeit zur Verbesserung der Pflegepraxis, bezeichnen *Brobst et al.* den gezielten und reflektierten Pflegeprozess. Sie beschreiben auch eine fördernde Wirkung auf die Zusammenarbeit zwischen Patient und Gesundheits- und Krankenpflegekraft und weisen auf eine Qualitätsverbesserung durch Nachvollziehbarkeit und Evaluierbarkeit aufgrund des dokumentierten Pflegeprozesses hin.

Zur Erfassung von subjektiven Daten im Rahmen des Assessments werden Methoden und Rahmenbedingungen zur Gesprächsführung definiert (vgl. Brobst et al. 2007, S. 32, 44 – 56). Reflexionsaspekte werden im Zusammenhang mit Wertungen und Schlussfolgerungen bei der Einschätzung des Assessments und der anschließenden Dokumentation beispielhaft angesprochen (vgl. Brobst et al. 2007, S. 83). Dieses Grundlagenwerk, das die Intention verfolgt, den Pflegeprozess für die Praxis darzustellen, beschreibt mit dem Begriff „Pflegeprozess“ vor allem eine lösungsorientierte Methode, ein die Arbeit strukturierendes Instrument als Grundlage für eine gesetzeskonforme Dokumentation und als eine Grundlage zur Kategorisierung für eine Personalbedarfsberechnung. Zusätzlich werden in dieser theoretischen Abhandlung auch Methoden angesprochen, die durch beziehungsfördernde Interaktionsgrundlagen eine Patientenorientierung fördern.

Berta *Schrems* beleuchtet den Prozess des Diagnostizierens, den Teil im Kontext des Pflegeprozesses, der die Grundlage für die Auswahl pflegerischer Ziele und Interventionen darstellt und gibt dem Pflegeprozess die Bedeutung eines begründeten, prozesshaften Verfahrens zur Erhebung des Pflegebedarfes, zur Planung und Durchführung notwendiger Maßnahmen und zur Einschätzung der Wirksamkeit der Pflege (vgl. Schrems 2003, S. 13).

„Ich behaupte, dass der Pflegeprozess ein zentrales Konzept der Domäne von Pflege ist.“ (Meleis 1999, S. 195) Meleis unterstreicht ihre Behauptung indem sie sich auf Orlando (1961), Yura, Walsh (1978a, 1978b) bezieht und verweist auf Pflegetheoretikerinnen wie Torres (1986), Walker und Avant (1995), welche die Ansicht vertreten, dass neu entstehende Pflegetheorien den Pflegeprozess berücksichtigen müssen. Sie diskutiert in diesem Zusammenhang jedoch auch eine möglicherweise reduktionistische Perspektive, die durch den vorwiegend lösungsorientierten Ansatz gefördert wird und fordert wie Frisch (1984), dass mehrere Arten von Theorien für den Pflegeprozess entwickelt werden müssen wie *„...Theorien, die den aktuellen Prozess beschreiben, den Pflegekräfte bei der Einschätzung, Diagnose und der Verabreichung pflegetherapeutischer Maßnahmen bei unterschiedlichen Typen und Kategorien von Klienten anwenden; Theorien, die Pflegediagnosen beschreiben, und Theorien, die der Nomenklatur Anweisung geben können ... Theorien, die diagnostische Zusammenhänge erklären können, und Theorien, die Pflegekraft-Patienten-Kontakte im Kontext von Klientenvariablen und diagnostischer Kategorien erklären können.“* (Meleis 1999, S. 196). Meleis macht deutlich, dass der Pflegeprozess ein komplexes Geschehen ist, das einerseits eine Lösungsorientierung anstrebt, diese jedoch von einem komplexen Interaktionsprozess begleitet ist.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass mit dem Begriff „Pflegeprozess“ eine gezielte, systematische, lösungsorientierte Methode definiert wird, die das Erfassen, Planen, Reflektieren und Dokumentieren von Arbeitsprozessen einer diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegekraft für und mit dem Patienten, beschreibt. Mit dem Begriff Pflegeprozess wird durchaus auch die Verbindung zu Theorien hergestellt, die Pflegewissen beschreiben und Interaktionsgrundlagen beleuchten. Im Verlauf dieser Abhandlung wird der Begriff „Pflegeprozess“ in dieser Gesamtheit verstanden. Er umfasst alle Intentionen von Gesundheits- und Krankenpflegekräften, die eine zielorientierte, reflektierte Problemlösung oder Gesundheitsförderung verfolgen und alle

Interaktionsprozesse im Sinne des Beziehungsprozesses, die den lösungsorientierten Prozess begleiten.

2.2 Kommunikation, Interaktion

Im Duden wird Kommunikation als die Verständigung untereinander, mit Hilfe von Sprache und Zeichen (lateinisch – communicatio = Mitteilung, Unterredung) bezeichnet. Als Interaktion wird aufeinander bezogenes Handeln zweier oder mehrerer Personen; die Wechselbeziehung zwischen Handlungspartnern im Sinne eines sozialen Austausches beschrieben (vgl. Duden 2007, S. 429, S. 367).

„Eine einzelne Kommunikation heißt Mitteilung (message) oder, sofern keine Verwechslung möglich ist, eine Kommunikation.“(Watzlawick et al. 1974, S 50)

Den wechselseitigen Ablauf von Mitteilungen zwischen zwei oder mehreren Personen bezeichnen die Autoren als Interaktion, sie beschreiben auch Strukturen von Interaktion (patterns of interaction), die noch komplexere Einheiten menschlicher Kommunikation darstellen. Im komplexen Sinne von Interaktion verweisen sie unter anderen auf Bertalanffy's Systemtheorie (vgl. Watzlawick et al. 1974, S. 50, 51, 115, 131).

Interaktion wird demnach als Wechselbeziehung zwischen Individuen und System betrachtet. Systemische Interaktion bildet nicht nur eine begriffliche Grundlage für biologische, wirtschaftliche oder technische Systeme, vielmehr werden die den verschiedenen Systemen grundlegenden Gemeinsamkeiten als allgemeine Theorie zusammengefasst. Wissenschaft, die sich mit Lebensphänomenen beschäftigt, definiert Interaktion als Austauschprozesse offener Systeme, weil lebende Systeme in Wechselwirkung zu ihrer Umwelt stehen. Menschen in Systemen reagieren durch Rückkoppelung und Ausgleich auf Reize, sie sind bestrebt Homöostase im System herzustellen.

Schulz von Thun definiert im Begriff Interaktion als „*das gemeinsame Spiel von Sender und Empfänger*“ (Schulz von Thun 1995, S. 82) und meint damit den Austausch zwischen Interaktionspartnern, der mit subjektivem Ausdruck und subjektiver Deutung angereichert ist. Subjektive Einflüsse unterliegen nach dieser Abhandlung systemischen Einflüssen (vgl. Schulz von Thun 1995, S 82 – 90).

In dieser Abhandlung wird vor allem der Begriff Interaktion verwendet, weil dieser die komplexe Wechselbeziehung zwischen Handlungspartnern bezeichnet und den systemischen Einfluss nicht vernachlässigt, denn Interaktion im Rahmen des Pflegeprozesses wird von vielen Faktoren beeinflusst. Sie ist von den soziokulturellen Einflüssen der jeweiligen Interaktionspartner im Lebensverlauf geprägt und wird auch vom unmittelbaren sozialen Umfeld beeinflusst.

2.3 Metakommunikation

„Wenn wir Kommunikation nicht mehr ausschließlich zur Kommunikation verwenden, sondern um über die Kommunikation selbst zu kommunizieren wird dies Metakommunikation genannt.“ (Watzlawick et al.1974, S. 41, 42)

Der Beziehungsaspekt einer Kommunikation, der nach *Watzlawick* et al. Anweisung gibt, wie der Inhaltsaspekt aufzufassen ist, stellt in diesem Sinne eine Kommunikation über die Kommunikation dar und ist demnach mit dem Begriff der Metakommunikation identisch (vgl. Watzlawick et al. 1974, S. 55).

Schulz von Thun differenziert zwischen impliziter Metakommunikation und expliziter Metakommunikation. Die implizite Metakommunikation wird mit dem Begriff des Beziehungsaspektes, als Information, wie Inhalt zu verstehen ist, verbunden. Explizite Metakommunikation wird als reflektierende Möglichkeit und Fähigkeit von Menschen gesehen, über die Kommunikation zu reden, um erfolgreicher zu kommunizieren (vgl. Schulz von Thun 1995, S. 91 – 95).

In dieser Auseinandersetzung wird der Begriff Metakommunikation im Sinne einer expliziten Metakommunikation oder einer reflektierten Interaktion verwendet und angereichert mit Intentionen, die professionelles Reflektieren von Interaktion verfolgen, um Kommunikation konstruktiv und zielorientiert zu steuern. Metakommunikation oder reflektierte Interaktion verfolgt in dieser Abhandlung das Ziel, Störungen in Kommunikationsabläufen zu vermeiden, zu entdecken oder zu beheben und zwischenmenschliche Beziehungen zu klären.

3 Pflgeetheoretisches Verständnis von Interaktion als Grundlage für den Pflegeprozess

Afaf Meleis bearbeitet in ihrem Werk „Pflegetheorie – Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege“ die Domäne der Pflege. Den Begriff Domäne definiert sie als eine Zusammenfassung von Grundkonzepten, welche die wichtigsten Problembereiche eines Fachgebietes abdeckt und einen Kanon zentraler Paradigmen und Aussagen enthält. Wissensentwicklung, Austausch, Abgrenzung und Identifikation werden von Normen geleitet, die innerhalb der Domäne definiert werden. Die Definition von Domänen entwickelt *Meleis* aus Aspekten unterschiedlicher Wissenschaftsphilosophien wie von Kuhn, Merton, Parsons und Toulmin (vgl. Meleis 1999, S. 180). Durch analytische Betrachtung von Pflegetheorien stellt *Meleis* fest, dass Pflege tatsächlich eine Disziplin mit eigenen Perspektiven und einer definierten Domäne ist. Es mag sein, dass die zentralen Probleme der Pflegedomäne auch von anderen wissenschaftlichen Disziplinen untersucht werden, jedoch durch die Perspektiven, welche die Pflege dafür verwendet, wird die professionelle Zugehörigkeit geprägt. Natürlich sind mehrere gesundheitswissenschaftliche Disziplinen um das Wohlbefinden des Patienten während eines Eingriffes bemüht. Das zentrale Anliegen, welches die Pflege charakterisiert, ist das Wohlbefinden des Patienten im Verlauf seines Lebensprozesses. Indem Pflegetheorien unterschiedliche theoretische Perspektiven von Pflege und Pflegephänomenen liefern, mit dem Ziel das Wohlbefinden eines Patienten in seinem Lebenskontext und –kontinuum zu

fördern, sind sie wissenschaftlicher Teil der Domäne Pflege. *Meleis'* Bearbeitung unterschiedlicher Pflege-theorien identifiziert folgende zentralen Konzepte für die Domäne Pflege: Pflegeklient, Statusübergänge, Interaktion, Pflegeprozess, Umwelt, Pflege-therapeutik und Gesundheit (vgl. Meleis S. 180 – 184). Die theoretischen Aspekte, die Interaktion als Konzept der Domäne Pflege aufgreifen, dienen zur Orientierung für das folgende Kapitel.

3.1 Interaktion als Konzept der Domäne Pflege

Die von *Meleis* analysierten Pflege-theorien sind Theorien mit höherer Komplexität und geben unter anderem Grundlagen für unterschiedliche Perspektiven im Interaktionsprozess. Gemeinsam gehen sie davon aus, dass Pflege im Rahmen eines Dialogs zwischen Pflegekraft und Patient definiert wird und dafür die Gesundheits- und Krankenpflegekraft im Rahmen einer „therapeutischen Interaktion“ die Intention verfolgt, den Patienten mit seinen Bedürfnissen in der jeweiligen Situation zu erfassen, diese zu bewerten und als kompakte Information wiederzugeben. Diese Theorien liefern die wichtigsten Konzepte zur Erfassung situativer, pflegerischer Interaktionsprozesse im sozialen Kontext und stellen Zusammenhänge her zu unterschiedlichen Interaktionstheorien wie beispielsweise zu der von *Sullivan* (1953) und (1937) (vgl. Meleis 1999, S. 190, 191).

Aus folgenden Gründen beschreibt *Meleis* Interaktion als eines der wichtigsten Konzepte in der Domäne Pflege und verweist auf Zitate angeführter Pflege-theoretikerinnen:

„1. Ein Pflegeklient steht fortlaufend in Interaktion mit der Umgebung (Rogers, 1970; King, 1981; Nightingale, 1946). Deshalb befasst sich Pflege nicht nur mit dem Individuum, sondern ebenso mit Überwachung, Regulierung, Aufrechterhaltung und Veränderung der Umgebung.“

2. *Interaktion ist das Hauptinstrument, mit dem Pflegekräfte die Bedürfnisse und Ressourcen des Patienten erfassen, und ebenfalls ein wichtiges Instrument bei der Durchführung pflegetherapeutischer Maßnahmen (Orlando, 1961; Wiedenbach, 1963; King, 1981; Travelbee, 1971; Paterson, Zderad, 1976).“ (Meleis 1999, S. 191)*

Bei den genannten Pflegeetheoretikerinnen herrscht Übereinstimmung dahingehend, dass Interaktion ein zentrales Konzept von Pflege ist. Die nun folgende Auseinandersetzung konzentriert sich an den Aspekten, die in den Abhandlungen der zitierten Theoretikerinnen, aufgegriffen werden.

3.1.1 Patient-Umwelt-Interaktion

Die Pionierin der Gesundheits- und Krankenpflege, Florence Nightingale schreibt beispielsweise in ihrem „Ratgeber für Gesundheits- und Krankenpflege“ ein Kapitel über „Von den Leuten und was sie sagen“. Sie beginnt diese Abhandlung mit der Mitteilung, dass ein Kranker aufgrund zu vieler Ratschläge sich in Widersprüchen verstricken kann und kommt zu der Erkenntnis, dass sich ein Kranker einen Freund wünscht, mit dem er offen sprechen kann, ohne von nichtigen Hoffnungen und Ermutigungen überschüttet zu werden. Nicht minder verwerflich sind ihrer Ansicht nach „... zu freigiebig dargebrachte Rathschläge (sic!) ...“ (Nightingale 1877, S. 149). Die Pflegende kriegt in dieser Abhandlung die Aufgabe, den Patienten vor Leuten zu beschützen, die den Kranken mit Ratschlägen belästigen oder die Angehörigen zu lenken in dem Sinne, dass sie mit dem Kranken über Dinge reden, die ihm gut tun (vgl. Nightingale 1877, S. 141 – 153). Vor allem handelt Florence Nightingale in ihrem Werk die Einflüsse aus der Umgebung, hinsichtlich deren Wirkung auf den Gesundheitsverlauf ab. Sie schreibt unter anderem über die Wirkung von Luft, Wärme, Lärm, Unruhe, Ernährung, von der Sorge für Abwechslung und der richtigen Art Kranke zu beobachten. In diesem Sinne ist Pflege ein Interaktionsprozess zwischen Pflegenden und Gepflegten, beeinflusst von Umgebungsfaktoren.

Martha Rogers beschreibt eine Pflegetheorie, die aus allgemeinen Erkenntnissen über Mensch-Umwelt-Beziehungen Annahmen ableitet, die als Wissensgrundlage der Pflege dienen. Mensch definiert Rogers als *„Ein unreduzierbares, irreversibles, pandimensionales, negentropisches Energiefeld, das durch Muster gekennzeichnet ist und Merkmale aufweist, die sich von denen der einzelnen Teile unterscheiden und nicht aus dem Wissen der Teile vorhergesagt werden können“* (Rogers 1983 a, zitiert aus Meleis 1999, S. 501). Sie sieht den Menschen als einheitliches Ganzes, dessen Integrität und Charakter mehr sind als die Summe seiner Teile, im Sinne einer innovativen Ganzheit, gekennzeichnet durch die Fähigkeit Gefühle zu empfinden, diese auszudrücken und durch die Fähigkeit zu denken und zu abstrahieren. Als Gesetzmäßigkeit eines Lebensprozesses sieht sie das Prinzip der Wechselwirkung zwischen Mensch und Umwelt, im Sinne einer ständigen Interaktion, wobei jedes Ereignis im Hier und Jetzt, situativ beeinflusst und einmalig ist. Der Lebensprozess gewinnt durch Innovation und ständige Zunahme an Komplexität und vollzieht sich in rhythmischen Wellen. Sie bezeichnet ihre Theorie als „Wissenschaft vom unitären Menschen“ und sieht ihre Auseinandersetzung als Impuls, der zur Entwicklung von Pflegetheorien anregen soll (vgl. Rogers 1997, S. 15, 60, Meleis 1999, S. 497). Martha Rogers Theorie beschreibt das Konzept Interaktion als ein dynamisches Zusammenspiel von Mensch und Umwelt in dem Sinne, dass sich beide fortwährend gegenseitig beeinflussen und der Mensch als integriertes Ganzes mit seiner Umwelt interagiert (vgl. Rogers 1997, S. 75). Wie Watzlawick stellt auch sie die Verbindung zu Bertalanffy (1950) her, der offene Systeme so beschreibt, dass sie sich durch einen kontinuierlichen Austausch von Stoffen und Energie mit der Umwelt kennzeichnen, mit dem Ziel der Entwicklung oder einer Harmonie, die aus der Integralität von Mensch-Umwelt-Energiefeldern hervorgehen kann (vgl. Rogers 1997, S. 74, Meleis 1999, S. 502).

3.1.2 Interaktion zwischen Patient und Gesundheits- und Krankenpflegekraft

Die Pflege Theorie von Imogene King zählt laut Einteilung nach *Meleis* zu den Interaktionstheorien (vgl. *Meleis* 1999, S. 309). *Imogene King* verwendet den Begriff „allgemeines Systemmodell“ und beschreibt in ihrer Auseinandersetzung eine Zielerreichungstheorie, die Pflege als Interaktionsprozess bezeichnet, dessen Schwerpunkt auf der Beziehung zwischen Patient und Gesundheits- und Krankenpflegekraft liegt (vgl. *Fawcett* 1998, S. 114). Das soziale System, Gesundheit, Wahrnehmung und zwischenmenschliche Beziehungen, prägen als wesentliche Einflussfaktoren die Pflege. Sie geht davon aus, dass der Pflegeprozess innerhalb eines sozialen Systems statt findet und dass Pflege spezifische Komponenten besitzt wie pflegerisches Urteil, pflegerische Handlung, Kommunikation, Evaluation und Koordination (vgl. *Fawcett* 1998, S. 119).

Die theoretische Abhandlung macht deutlich, dass der Pflegeprozess sehr komplex ist und dadurch viele Einflussfaktoren berücksichtigt werden sollten. *Kings* Theorie beinhaltet die Annahme, dass der Pflegeprozess durch die Individualität des Patienten und der Gesundheits- und Krankenpflegekraft sowie von allen im Umfeld beteiligten Individuen beeinflusst wird. Außerdem wird der Pflegeprozess vom Charakter der sozialen Organisation, in deren Rahmen er statt findet, beeinflusst. Letztendlich haben auch die Beziehungen zwischen eben genannten Dimensionen, Einfluss auf den Pflegeprozess (vgl. *Fawcett* 1998, S. 119).

Da Pflege in den verschiedensten Institutionen unterschiedlicher Größe und organisatorischer Struktur statt findet und kontinuierlich durch gesellschaftliche Veränderungen sowie durch wissenschaftliche und technologische Fortschritte nachhaltig beeinflusst wird, müssen all diese Aspekte auf unterschiedlichen Ebenen berücksichtigt werden. Auf der Ebene des angewandten Pflegeprozesses müssen alle für den aktuellen Prozess relevanten Faktoren

von der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegekraft erfasst und reflektiert werden.

King geht davon aus, dass Menschen offene Systeme sind und mit ihrer Umwelt durch einen ständigen Prozess der Transaktion in Verbindung stehen. Sie macht deutlich, dass es keine strikte Trennung zwischen dem Menschen und seiner Umwelt gibt und weist auch auf den subjektiven Deutungsprozess von menschlicher Wahrnehmung. Wahrnehmung wird definiert als Prozess der zielorientierten Transaktion zwischen Mensch und Umwelt, verbunden mit der menschlichen Fähigkeit das Wahrgenommene zu interpretieren, zu transformieren und zu organisieren (vgl. Fawcett 1998, S. 127). Der Interaktionsprozess wird demnach beschrieben als „eine Folge zielgerichteter, verbaler und nonverbaler Verhaltensweisen“ (King 1981, S. 60). Sie geht davon aus, dass durch Transaktion Individuen Ziele setzen und Mittel wählen, um diese zu erreichen. Im Pflegeprozess bedeutet dies, dass der Patient beeinflusst von seinen Erfahrungen und soziokulturellen Bedingungen, sich in einem Transaktionsprozess mit der Gesundheits- und Krankenpflegekraft befindet und gemeinsam mit dieser Ziele definiert, um sein individuelles Wohlbefinden zu erhalten oder wieder herzustellen.

Ida Orlandos Theorie beschäftigt sich unter anderen mit der Frage, wie eine lebendige, offene Pflegekraft – Patient – Beziehung charakterisiert ist, die zu einer effektiven pflegerischen Versorgung führt, wobei sie den Begriff „effektive pflegerische Versorgung“ durch den Begriff „Pflegeprozess“ ersetzt (vgl. Meleis 1999, S. 534, 535). Sie legt ihr Hauptaugenmerk auf die Klärung der Prozesse, die zwischen Gesundheits- und Krankenpflegekraft und Patient statt finden und definiert die „vorschriftsmäßig-professionelle“ Reaktion im Sinne einer „überlegenden“ Reaktion, die gekennzeichnet ist durch „bewusste“ Wahrnehmung von Gedanken und Gefühlen. Diese hat das Ziel, die Bedürfnisse des Kranken zu erkennen, seine Ambivalenzen und Sorgen ernst zu nehmen und die Handlungen im Rahmen des Pflegeprozesses, auf den Patienten abzustimmen. Dabei spricht sie Methoden zur Metakommunikation

an wie das Verbalisieren von nonverbalen Ausdrücken, mit dem Ziel einer authentischen Interaktion und das Einfordern einer kommunikativen Korrektur oder Bestätigung vom Patienten (vgl. Meleis 1999, S. 535, 536). *Orlandos* Pflegetheorie betont die Wechselwirkung der Beziehung zwischen Patient und Gesundheits- und Krankenpflegekraft. Sie hebt auch die Bedeutung von reflektierter Interaktion im Pflegeprozess hervor, in dem sie in ihrer Pflegeprozessstheorie die zentralen Konzepte definiert wie Wahrnehmung, Gedanke, Gefühl und Handlung. Wahrnehmung wird beschrieben als Stimulation der Sinne, Gedanken sind Ideen, die im Kopf entstehen und ein Gefühl beschreibt den Zustand, der durch Wahrnehmung und Gedanken ausgelöst wird. Eine Handlung wird beschrieben als Reaktion von Wahrnehmung, Gedanken und Gefühl und diese kann automatisch oder überlegt geschehen. Wobei die professionelle Handlung im Pflegeprozess eine geplante und überlegte ist. Professionelle Pflegehandlungen machen demnach eine Reflexion von der Gesundheits- und Krankenpflegekraft erforderlich. Sie teilt die für den Patienten relevanten Gedanken und Gefühle mit, um sie vom Patienten überprüfen, korrigieren oder bestätigen zu lassen. Erst durch den Reflexionsprozess, wird ein Pflegeprozess den Bedürfnissen des Patienten gerecht. *Orlando* geht davon aus, dass es um dem Patienten wirkungsvoll helfen zu können, außerordentlich wichtig ist, dass die allgemein gültigen Prinzipien der Gesundheits- und Krankenpflege, durch reflektierte Interaktion auf die Situation des Patienten abgestimmt werden (vgl. Orlando 1996, S. 13-20).

Josephine Paterson und Loretta Zderad sehen Pflege basierend auf gelebten Dialogen zwischen Patient und Gesundheits- und Krankenpflegekraft. Pflege ist Interaktion, wobei die Pflegekraft – Patienten – Interaktion beeinflusst wird von Personen der Interaktionspartner im Lebenskontext und von Personen und Dingen der Umgebung (vgl. Meleis 1999, S. 550). Das heißt, eine Pflegeintervention setzt Kontakt, Begegnung und Beziehung voraus, wenn diese patientenorientiert sein soll. Die Theorie beschreibt eine Begegnungsqualität, die von der Haltung der humanistischen Psychologie

geprägt ist. Echtheit, Wertschätzung und Einfühlungsvermögen charakterisieren die Grundhaltung im Interaktionsprozess. Im Rahmen des Pflegeprozesses begleitet die Gesundheits- und Krankenpflegekraft den Patienten, indem sie den Menschen in seiner Situation wahr, verantwortungsbewusst, nicht wertend erfasst und die Erkenntnis daraus ordnet, reflektiert und beschreibt. Auch vermitteln Gesundheits- und Krankenpflegekräfte Wissen und Erfahrung, sie bieten dem Patienten Alternativen an und unterstützen seine Entscheidungsprozesse (vgl. Meleis 1999, S. 553). Humanistische Pflege wird von diesen Theoretikerinnen beschrieben als verantwortungsvolle, ergründende, gegenseitige Beziehung, die für die Pflege relevanten Phänomene werden begrifflich formuliert „....auf der Basis eines existentiellen *Gewahrseins seiner selbst und des anderen*“ (Paterson, Zderad 1999, S. 12). Die Gesundheits- und Krankenpflegekraft lässt sich durch empathisches Begegnen von der Situation des Patienten berühren, überdenkt das Wahrgenommene und kommt so zu neuen Erkenntnissen, die reflektiert beschrieben in den Pflegeprozess integriert werden.

Joyce Travelbee definiert Pflege als interpersonalen Prozess, der von der zwischenmenschlichen Beziehung zwischen Gesundheits- und Krankenpflegekraft und Patient geprägt ist. Sie geht soweit, dass sie die Annahme aufstellt, dass eine Gesundheits- und Krankenpflegekraft, die selbst schon gelitten hat, das Leiden des Kranken wesentlich besser verstehen kann. Travelbee baut die Beziehung in Schritte auf, von der Phase der Begegnung über die Phasen der Entstehung von Identität, der Empathie und der Sympathie, zur Phase der persönlichen Verhältnisse. *„Wenn die Pflegekraft – Patient – Beziehung zu einem persönlichen Verhältnis geworden ist und dem Leiden ein Sinn abgewonnen wurde, können die Kranken langsam Hoffnung schöpfen“* (Travelbee 1971, zit.n. Meleis 1999, S. 562).

Ernestine Wiedenbach geht in ihrer Theorie davon aus, dass Bedürfnisse des Patienten nur erfasst werden können, wenn die Gesundheits- und Krankenpflegekraft ihre Wahrnehmungen, Gefühle und Gedanken mit denen

des Patienten vergleicht. Den Pflegehandlungen geht das Einverständnis des Patienten voraus und sie werden patientenzentriert, auf dessen Bedürfnisse abgestimmt (vgl. Meleis 1999, S. 572, 573). Sie definiert einen patientenorientierten Pflegeprozess, der durch Beobachtung, Verstehen und Klärung der Bedeutung von Phänomenen und deren Hilfestellungen mit dem Patienten festgelegt wird (vgl. Meleis 1999, S. 576).

Die Tabelle 3-1 soll eine Übersicht von Aspekten zur Reflexion im Rahmen der Pflege geben, die sich anhand der Richtlinien der bearbeiteten komplexen Theorien ableiten lassen.

Tabelle 3-1: Aspekte des Reflektierens von Interaktion in Pflegetheorien

Modell Theoretikerin	Interaktion Patient – Pflegekraft	Interaktion Patient – soziales Netz	Interaktion Patient – Umgebungs- faktoren
Florence Nightingale: Ratgeber für Gesundheits- und Krankenpflege (1877, S. 141 – 153)	„Mit dem Kranken über Dinge reden, die ihm gut tun...“	„Den Patienten vor Leuten schützen, die ihn mit Ratschlägen belästigen...“	Achten auf Einflüsse aus der Umgebung, die den Gesundheitsverlauf positiv beeinflussen wie Luft, Wärme, Ruhe, Ernährung und Abwechslung.
Martha Rogers: Theorie vom Menschen als einheitliches Ganzes, nicht reduzierbar als Teil des Universums. Theoretische Grundlagen der Pflege – Eine Einführung (vgl. 1997, S. 74)	Der Mensch - ein offenes System - Wechselwirkung zwischen den Gesprächspartnern	Einflüsse aus dem sozialen System wirken in der aktuellen Situation auf den Menschen in seiner Gesamtheit	Ständiger Austausch von Stoffen und Energie
Imogene King: Allgemeines Systemmodell (vgl. King 1981, S. 60, Meleis 1999, S. 309, Fawcett 1998, S. 114, 119)	Der Schwerpunkt zur Zielerreichung im Rahmen des Pflegeprozesses liegt auf der Beziehung zwischen Patient und Pflegekraft. – Die Transaktion bildet als zielorientierter Prozess die Basis für den Pflegeprozess. Die Transaktion zwischen Patient und Pflegekraft beschreibt den subjektiven Deutungs- und Handlungsprozess als Basis für zielgerichtetes Verhalten.	Das soziale System beeinflusst Gesundheit, Wahrnehmung und zwischenmenschliche Beziehung. Hat Einfluss auf den Pflegeprozess.	Der Pflegeprozess ist abhängig vom Charakter der Institution und den Rahmenbedingungen, die zur Verfügung gestellt werden.

Modell Theoretikerin	Interaktion Patient – Pflegerkraft	Interaktion Patient – soziales Netz	Interaktion Patient – Umgebungs- faktoren
Ida Orlando: Pflegeprozessstheorie Die lebendige Beziehung zwischen Pflegerinnen und Patienten. (vgl. Orlando 1996, S.13-20, Meleis 1999, S. 534, 35)	Lebendige, offene Beziehung zwischen Patient und Pflegerkraft als Voraussetzung für den Pflegeprozess. Professionalität in der Pflege kennzeichnet sich aus durch bewusstes Wahrnehmen von Gefühlen und Gedanken, um überlegt zu handeln	Die soziale Entwicklung beeinflusst die aktuelle Gesprächssituation Der Lebenskontext als wesentlicher Einflussfaktor einer Interaktion	Rahmenbedingungen beeinflussen den Pflegeprozess
Josephine G. Paterson, Loretta T. Zderad: Humanistische Pflege (vgl. Paterson, Zderad 1999, S. 12, Meleis 1999, S. 550, 553)	Gelebter Dialog zwischen Patient und Pflegerkraft – Kontakt, Begegnung und Beziehung sind Voraussetzung für einen Patientenorientierten Pflegeprozess	Die soziale Entwicklung beeinflusst die aktuelle Gesprächssituation. Der Lebenskontext ist wesentlicher Einflussfaktor jeder Interaktion.	Rahmenbedingungen beeinflussen den Pflegeprozess.
Ernestine Wiedenbach: Die helfende Kunst der Krankenpflege (vgl. Meleis 1999, S. 572, 573, 576)	Subjektive Wahrnehmungs- und Deutungsprozesse Klärung der Phänomene und deren Hilfestellung durch Klärung der Bedeutung für den Patienten durch die Pflegerkraft Herstellen von Patientenorientierung im Pflegeprozess	Die soziale Entwicklung beeinflusst die aktuelle Gesprächssituation Der Lebenskontext als wesentlicher Einflussfaktor einer Interaktion	Rahmenbedingungen beeinflussen den Pflegeprozess

3.2 Erkenntnisse aus der Theorieentwicklung

Schon Florence *Nightingales* Schriften definieren Pflege als Austauschprozess, der von Umweltfaktoren beeinflusst wird. Jedoch werden auch schon Einflüsse von Gesprächen des Patienten mit Personen aus der Umgebung aufgezeigt, die positive oder negative Wirkung auf den Gesundheitsprozess haben können.

Nach Martha *Rogers* definiert sich der Pflegeprozess, so wie der Lebensprozess, durch ständige Interaktion, die dem Prinzip der Wechselwirkung zwischen Mensch und Umwelt unterliegt, wobei jedes Ereignis im Hier und Jetzt situativ beeinflusst und einmalig ist. Implizit stellt sie die Forderung auf, dass im Rahmen des Pflegeprozesses die professionelle, wissenschaftliche Sicht in die subjektive Welt des Menschen integriert werden muss (vgl. Meleis 1999, S. 501).

Imogene *King* zeichnet Pflege als Interaktionsprozess, dessen Schwerpunkt auf der Beziehung zwischen Patient und Gesundheits- und Krankenpflegekraft liegt. Da Pflege in einem sozialen System statt findet, ist der Pflegeprozess von vielen Variablen beeinflusst wie der interpersonellen Beziehung zwischen Patient und Gesundheits- und Krankenpflegekraft, von den Menschen der Umgebung, vom Charakter der Organisation und von den Beziehungen zwischen diesen Variablen. All diese Variablen müssen von der Pflegenden mitgedacht werden, um für den Pflegeprozess relevante Faktoren zu erfassen, zu reflektieren und zu berücksichtigen. *King's* Interaktionsprozess im Rahmen des Pflegeprozesses beschreibt zielgerichtete Verhaltensweisen, die von interpersonellen und soziokulturellen Einflüssen geprägt werden. Durch die Aufforderung diese zu reflektieren, besteht durchaus die Möglichkeit eine gezielte Veränderung im Sinne des Patienten herbeizuführen.

Orlando spricht von einer lebendigen, offenen Pflegekraft – Patient – Beziehung in Zusammenhang mit dem Pflegeprozess und erwähnt auch eine reflektierte Interaktion, die sie „überlegende“ Reaktion nennt, die das Ziel hat, eine Patientenorientierung im Pflegeprozess herzustellen. Außerdem definiert sie

den Prozess von der Wahrnehmung zu Gedanken und Gefühlen, der von subjektiven Interpretationen gefärbt sind.

Paterson und *Zderad* skizzieren den humanistischen Ansatz einer personenzentrierten Haltung im Pflegeprozess. Charakteristisch dafür ist die Forderung einer empathischen, echten und wertschätzenden Begegnung, das situative Erfassen des Patienten, um sich von seiner Welt berühren zu lassen. Die Abhandlung geht auch davon aus, dass das Wahrgenommene von der Gesundheits- und Krankenpflegekraft reflektiert und dem Patienten zur Korrektur angeboten wird, um die Erkenntnis daraus in den Pflegeprozess zu integrieren.

Bei *Joyce Travelbee's* Forderung nach einem persönlichen Verhältnis als Qualität der Pflegekraft – Patient – Beziehung, stellt sich die Frage, ob eine Begegnung mit so intensiver persönlicher Beteiligung, nicht die Gefahr einer Vermischung zweier Welten mit sich bringt. Wenn wirklich die Gesundheits- und Krankenpflegekraft, die von *Travelbee* definierten Schritte der Beziehung zum Patienten durchschreitet, ist es möglicherweise sehr sinnvoll, diese mit dem Schritt einer expliziten Metakommunikation zu ergänzen. Die Interaktionsqualität, die von dieser theoretischen Abhandlung gefordert wird, verlangt von der Gesundheits- und Krankenpflegekraft, dass sie ihre Selbstreferenz fördert. Dies kann geschehen durch gezieltes Trainieren ihres Reflexionsvermögens, um sich als Gesundheits- und Krankenpflegekraft bewusst zu machen, was von der Welt des anderen löst in mir welche Empfindungen aus und was hat das Empfundene wirklich mit dem Patienten in seiner Situation zu tun. Das Bewusst machen von Interpretationsschleifen hilft der Gesundheits- und Krankenpflegekraft auch, wenn die durchaus menschliche Frage im Raum steht: Was tue ich als Gesundheits- und Krankenpflegekraft, wenn anstatt der Phase der Sympathie, ein Gefühl von Antipathie eintritt?

Einen Reflexionsprozess spricht auch *Ernestine Wiedenbach* in ihrer Theorie an, indem sie festhält, dass die Gesundheits- und Krankenpflegekraft die

Bedürfnisse der Patienten nur erfassen kann, wenn sie ihre Wahrnehmungen, Gefühle und Gedanken mit denen des Patienten vergleicht.

Die hier genannten Pionierinnen der Theorieentwicklung für die Gesundheits- und Krankenpflege sprechen mit Interaktion einen sehr komplexen Austauschprozess an. In Form von theoretischen Impulsen werden Haltung und Qualität von persönlichen Austauschprozessen festgehalten und diese fordern zur Patientenorientierung und implizit oder explizit zur Reflexion / Metakommunikation auf. Die Grundhaltung der Theoretikerinnen für die Interaktion zwischen Patient und Gesundheits- und Krankenpflegekraft ist geprägt von dem Menschenbild der humanistischen Psychologie, das davon ausgeht, dass jeder Mensch eine einzigartige, grundsätzlich konstruktive Person mit subjektivem Erleben und Bedürfnissen ist, dass der Mensch eine lebenslange Fähigkeit zu Wachstum und Entwicklung hat und dass Selbstreflexion ein grundlegendes, menschliches Bedürfnis ist (vgl. Maslow 1994, S. 21,22). Carl R. Rogers beschreibt im Rahmen des personenzentrierten Ansatzes „aktualisierende Tendenzen“ als Merkmal von Leben und definiert Bedingungen für wachstums- und entwicklungsfördernde Atmosphären (vgl. Rogers 1981, S. 6 – 15)). Für den interpersonellen Austausch im Rahmen des Pflegeprozesses bietet sich demnach, wenn es darum geht den Menschen in seiner Gesamtheit zu erfassen und die Pflege bedürfnisgerecht abzustimmen, die klientenzentrierte Gesprächsführung an, die abgeleitet und beschrieben wurde von der „Client-Centered Therapy“ (Carl R. Rogers 1951).

Die Werke der Pflgetheoretikerinnen machen auf soziokulturelle und systemische Einflüsse aufmerksam. Interaktion im Rahmen des Pflegeprozesses ist demnach auch aus dieser Perspektive zu reflektieren. Aus der Sicht des Sozialbehaviorismus ist Interaktion ein kooperativer Prozess in Gesellschaftsstrukturen, mit definierten Symbolen und Rollen und der menschlichen Fähigkeit der „Rollenflexibilität“. Reflektieren dieser Einflüsse legt eine Auseinandersetzung mit Theoriehintergründen von George H. Mead nahe.

4 Interaktion im Pflegeprozess

Der Pflegeprozess als Problemlösungsprozess ist eingebettet in einen Beziehungsprozess. Die bereits erwähnten Werke von Pflegeetheoretikerinnen sprechen von einer Pflegekraft-Patienten-Interaktion, die als Hauptinstrument dazu dient, den Pflegeprozess patientenorientiert zu gestalten. Der Interaktionsprozess dient vor allem dazu, die Grundlagen des Pflegewissens auf die Bedürfnisse des Patienten abzustimmen. Bei patientenorientierter Pflege wie sie unter anderen *Paterson*, *Zderad* und auch *Wiedenbach* beschreiben, wird der Patient aktiv in den Entscheidungsprozess, der letztendlich die Auswahl von Pflegediagnosen, Pflegezielen und Pflegeinterventionen definiert, miteinbezogen. Im anschließenden Kapitel werden vor allem Interaktionstheorien fokussiert, die den Interaktionsprozess als Beziehungsprozess beleuchten, um anschließend metakommunikative Aspekte heraus zu filtern.

4.1 Der Pflegeprozess als Beziehungsprozess

Der Beziehungsprozess zwischen Patient und Gesundheits- und Krankenpflegekraft wird von vielen Faktoren, die durch persönliche, soziokulturelle und systemische Einflüsse der Interaktionspartner geprägt sind, beeinflusst. Persönlichkeitsmerkmale wie Menschenbild, Kreativität, Problemlösungsfähigkeit, Konfliktfähigkeit, Belastbarkeit, Lernfähigkeit, Lebenserfahrungen, Erwartungen, Einstellungen zu Gesundheit, Krankheit, Alter, Rollenverhalten und Kommunikationsbereitschaft sind zum Beispiel Faktoren, die die Interaktion beeinflussen. Im Interaktionsprozess kann eine Atmosphäre von Sympathie oder Antipathie entstehen (vgl. Seel 1998, S. 12).

Die Einflussfaktoren wirken von beiden Seiten, von der Gesundheits- und Krankenpflegekraft wird jedoch vorausgesetzt, dass sie Interaktionsprozesse reflektieren und steuern kann. Die Gesundheits- und Krankenpflegekraft muss bestimmte Kriterien beachten, um eine adäquate Kontaktaufnahme, eine Fortsetzung oder die Beendigung einer „Pflegebeziehung“ konstruktiv gestalten zu können. Sie muss in der Lage sein, Gefühle von Antipathie im

Interaktionsprozess zu erkennen und die möglichen Einflüsse dafür zu reflektieren, um eine konstruktive Atmosphäre als Voraussetzung für eine Zielerreichung im Pflegeprozess herzustellen.

Gespräche im Pflegeprozess mit dem Ziel eine Beziehung auf zu bauen, brauchen Interaktionsorientierung als Beratungsgrundsatz im Gesprächsverlauf (vgl. Engel 2006, S. 35). Dafür eignet sich die personenzentrierte Gesprächsführung nach Carl R. Rogers.

„Ich habe Vertrauen in die Menschen, in ihre Fähigkeiten, sich und ihre Probleme selbst zu entdecken und zu verstehen, und in ihre Fähigkeiten, diese Probleme auch zu lösen – in einer engen, beständigen Beziehung, in der ich ein Klima echter Wärme und echten Verständnisses schaffen kann, sind die Menschen dazu in der Lage.“ (Rogers 1902-1987, vgl. Wieninger 2000, S. 51).

Es gibt nach Rogers drei Bedingungen, die diese wachstumsfördernde Atmosphäre ausmachen. Diese haben die Entfaltung der Persönlichkeit zum Ziel und treffen auf jede Art von Beziehung oder Interaktion zu. Die erste Bedingung hat mit Echtheit, Wahrhaftigkeit und Kongruenz zu tun, die zweite bedeutende Haltung zur Schaffung einer konstruktiven Atmosphäre, ist die der Anerkennung und Wertschätzung, signalisiert durch eine bedingungslos positive Zuwendung. Der dritte beziehungsfördernde Aspekt ist das empathische Verstehen, das sich durch einführendes, aktives Zuhören ausdrückt. Der personenzentrierte Ansatz von C.R. Rogers verfolgt das Ziel eine angstfreie, konstruktive Atmosphäre zu schaffen und den Menschen in seiner Selbstbestimmung und Selbstverantwortung zu fördern. Die Rolle der Gesprächsleitung geht weg vom führenden, interpretierenden Experten, hin zur Begleitung und partnerschaftlichen Unterstützung. Rogers drückte seine Auffassung von Gesprächsbegleitung schon dadurch aus, dass er die Bezeichnung „Patient“ durch den Begriff „Klient“ ersetzte. Der Mensch wird als selbstverantwortliche Person gesehen. Die Aufgabe für die Gesprächsbegleitung besteht im Herstellen eines förderlichen Klimas, das den

Menschen befähigt, sich selbst zu akzeptieren und selbstständige Entscheidungen zu treffen.

- Wenn Menschen akzeptiert und geschätzt werden, tendieren sie dazu, eine fürsorglichere Einstellung zu sich selbst zu entwickeln.
- Wenn Menschen einfühlsam gehört werden, wird es ihnen möglich, ihre inneren Erlebnisse deutlich zu machen.
- Wenn ein Mensch sich selbst versteht und schätzt, dann stimmen sein inneres Erleben und seine äußeren Erfahrungen überein, er wird „kongruent“. Er findet Zugang zu sich (vgl. Rogers 1981, S. 4, 5, Wieninger 2000, S. 45,46).

Die Begegnungsqualitäten – Echtheit / Wahrhaftigkeit / Kongruenz, Wertschätzung / Akzeptanz und Empathie – die *Rogers* in den Vordergrund stellt, sind Bedingungen für einen konstruktiven Beziehungsprozess im Rahmen der Pflege und werden aus diesem Grund näher erläutert.

Echtheit, Wahrhaftigkeit und Kongruenz oder Selbstkongruenz beschreibt jene Begegnungsqualität, in der man authentisch oder echt ist, ohne sich hinter Fassaden oder Masken zu verbergen. Gesagtes und nonverbaler Ausdruck sind im Einklang. Kongruent sein beschreibt die ernsthafte Haltung der Gesundheits- und Krankenpflegekraft im Sinne einer Partnerschaft für den Pflegeprozess und verlangt differenziertes Wahrnehmen und Reflektieren von Gefühls- und Denkprozessen. Kongruenz beschreibt die innere Haltung der Gesundheits- und Krankenpflegekraft, die sich nicht von falschen Gefühlen und professionellen Höflichkeitsfloskeln leiten lässt, sondern durch Reflexion der inneren Prozesse des Fühlens und Denkens geleitet wird (vgl. Wieninger 2000, S. 50)

Wertschätzung und Akzeptanz

Positive Wertschätzung und bedingungsfreies Akzeptieren gelten als Basis für den Beziehungsprozess, der davon ausgeht, dass jeder Menschen über ein

enormes Wachstumspotential verfügt, das in einer vertrauensvollen Beziehung zu einer anderen Person, freigesetzt werden kann. Der Schwerpunkt einer Interaktion mit personenzentriertem Ansatz, muss demnach auf dem Prozess der Beziehung selbst liegen, die dadurch gekennzeichnet ist, dass sie durch Akzeptanz der Person dieser zugesteht, für sich den Lösungsprozess zu bestimmen. Wesentlich dabei ist die Anforderung an die Gesundheits- und Krankenpflegekraft, die eigenen Sichtweisen und Wertvorstellungen zurückzunehmen, um ohne Vorurteile und Wertungen die Erlebniswelt des Patienten zu betrachten (vgl. Wieninger 2000, S. 49).

Empathie – einführendes Verstehen

Mit dem Begriff „einführendes Verstehen“ beschreibt *Rogers* den Versuch eines Interaktionspartners, sich in den Gesprächspartner hineinzusetzen. Für die Gesundheits- und Krankenpflegekraft bedeutet dies, dass sie sich bei einem Gespräch daran orientiert, wie der Gesprächspartner seine Gefühle und Empfindungen ausdrückt. Durch einführendes Verstehen erfährt der Patient keine Belehrungen, Bewertungen und Kritik und wird so befähigt, angstfrei über seine Gefühle und Konflikte zu sprechen. Dadurch erhält der Patient die Möglichkeit, die eigenen Perspektiven zu erweitern und er kann möglicherweise zu einer Klärung kommen. Der Patient macht so die Erfahrung, dass jemand an seiner Person und seinem Erleben Anteil nimmt (vgl. Wieninger 2000, S. 50).

Die Empathiefähigkeit einer Gesundheits- und Krankenpflegekraft wird durch die Bereitschaft und Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung gefördert. Selbstwahrnehmung heißt die eigenen Anteile der Wahrnehmung zu spüren und diese vom Wahrgenommenen des Gegenübers zu differenzieren.

Echtheit, Wertschätzung und Empathie drücken sich vor allem aus durch unterschiedliche Qualitäten von Zuhören und Fragestellungen im Gespräch. Zuhören bildet die Basis für Vertrauen. Der Mensch steht im Mittelpunkt. Zuhören können, hilft dem Menschen sich selbst zu verstehen (vgl. Rogers

1981, S. 5). Im Interaktionsprozess werden meist unterschiedliche Qualitäten von Zuhören praktiziert, um die qualitativen Unterschiede und deren Intention offensichtlich zu machen, werden verschiedenen Qualitäten des Zuhörens und die offene Fragestellung hier einzeln erläutert.

Passives aufmerksames Zuhören

Der Zuhörer konzentriert seine Aufmerksamkeit so ungeteilt und authentisch wie möglich auf den Sprecher, auf das was er mitteilt und darauf wie er es mitteilt. Die Aufmerksamkeit drückt sich aus durch Herstellen von Blickkontakt, durch die Körperhaltung, Gestik und Mimik (vgl. Rehtien 2007, S. 136, 137). Einfach Zuhören schafft Vertrauen und hilft dem Menschen etwas loszuwerden. Ein Gespräch in dem die Gesundheits- und Krankenpflegekraft vorwiegend passiv aufmerksam zuhört, erlebt der Mensch als sehr entlastend, denn es tut manchmal gut, sich etwas von der Seele reden zu können.

Aktives Zuhören

„Unter aktivem Zuhören oder Paraphrasieren verstehen wir die Wiedergabe dessen, was die Dekodierung einer Mitteilung bei uns ergeben hat, und zwar mit unseren eigenen Worten.“ (Rehtien 2007, S. 137) Der Zuhörer bemüht sich zu hinterfragen, ob er die Botschaften so verstanden hat, wie sie gemeint sind. Er wiederholt oder fasst Gesagtes mit seinen Worten zusammen und gibt die Möglichkeit das Verstandene zu berichtigen oder zu vervollständigen. So können Missverständnisse entdeckt und Fehler vermieden werden. Der aktive Zuhörer soll bei der Wiedergabe oder Zusammenfassung jede Art von Stellungnahme, Wertung, Schlussfolgerung vermeiden (vgl. Rehtien 2007, S. 138). Durch aktives Zuhören erhält der Gesprächspartner die Möglichkeit, seine Wirklichkeit zu beleuchten und kann dadurch möglicherweise seine Perspektiven erweitern. Einerseits geht es beim aktiven Zuhören um den sachlichen Inhalt, andererseits bleibt diese Kommunikation nicht ohne Auswirkung auf der Beziehungsebene. Echtes Bemühen um Verstehen, beinhaltet eine sehr deutliche, positive Beziehungsdefinition und schafft eine Vertrauensbasis (vgl. Engel 2006, S. 58, Rehtien 2007, S 137, 138).

Die Gesundheits- und Krankenpflegekraft schafft durch das Paraphrasieren Gelegenheit, dass der Mensch sich aus seiner Sicht darstellt und kann dadurch den Pflegeprozess patientenorientiert gestalten.

Empathisches Zuhören

Der Begriff des empathischen Verstehens geht zurück auf den personenzentrierten, psychotherapeutischen Ansatz von *Rogers* und meint das Bemühen, die innere Realität des Gegenübers, soweit als möglich wahrzunehmen, zu verstehen und zu kommunizieren. Es richtet sich auf das Erleben, Interpretieren, Denken und Fühlen. Empathisches Zuhören konzentriert sich auf das, was zwischen den Zeilen oder nicht durch Worte ausgedrückt wird. Der Zuhörer orientiert sich an der nonverbalen Kommunikation und nimmt Diskrepanzen oder Stimmungen im Gesprächsverlauf wahr (vgl. Rehtien 1992, S. 216). Der Zuhörer kann, wenn es stimmig ist, seine Wahrnehmung preis geben, mit dem Ziel die Wahrnehmung des Gesprächspartners zu beleuchten, um von impliziten Emotionen zu entlasten oder Unsicherheiten zu klären (vgl. Rehtien 2007, S. 138, 139).

Verdeckte Mitteilungen, die durch empathisches Zuhören wahrgenommen werden, haben in der Regel auch Gründe. Die Gesundheits- und Krankenpflegekraft soll die kommunikative Kompetenz besitzen, Widerstände wahrzunehmen und zu reflektieren. Widerstände aufgrund von Rahmenbedingungen der Gesprächssituation, können möglicherweise auskorrigiert werden. Grundsätzlich jedoch ist im Rahmen des Pflegeprozesses, der Widerstand vom Patienten über etwas zu berichten, zu akzeptieren. Empathisch Zuhören können erfordert deshalb von der Gesundheits- und Krankenpflegekraft ein beträchtliches Maß an Einfühlungsvermögen.

Offene Fragen

Bei einem Gespräch mit den Zielen, Kontakt und Beziehung herzustellen und die Bedürfnisse für einen patientenorientierten Pflegeprozess zu erheben, überwiegt die nichtdirektive Gesprächstechnik. Diese orientiert sich an Roger's Grundannahme, dass der Mensch die Fähigkeit hat seine Probleme zu erkennen und zu lösen. Das Gespräch ist weder defizitorientiert, noch wird eine Lösung vorgegeben. Dazu werden vorwiegend offene Fragen gestellt. Fragen die den Impuls beinhalten, den Gesprächspartner über sich und seine Bedürfnisse erzählen zu lassen (vgl. Engel 2006, S. 56, 60).

Eine „offene“ Frage beinhaltet die Aufforderung Situationen, Lebenswelten, Gefühle und Gedanken ausführlich darzulegen. Das Ziel von offenen Fragen beim patientenorientierten Gespräch im Rahmen des Pflegeprozesses ist, die physisch-psychisch-soziale Situation des Patienten zu erfassen. Die Gesundheits- und Krankenpflegekraft muss in der Lage sein wesentliche Phänomene und Atmosphären, die den Interaktionsprozess begleiten, wahrzunehmen und zu reflektieren, um den Gesprächsverlauf durch gezielten Einsatz unterschiedlicher Qualitäten von Zuhören und Fragen, methodisch zu steuern (vgl. Engel 2006, S. 56 – 66).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass eine gezielte Planung von Rahmenbedingungen wie Raum, Zeit und Setting wichtig ist, für personenzentrierte Gespräche im Rahmen des Pflegeprozesses. Um allen eben bearbeiteten kommunikativen Aspekten gerecht werden zu können, sind Reflexionsprozesse der Gesundheits- und Krankenpflegekraft notwendig. Reflexionsprozess die den Interaktionsprozess begleiten und Reflexionsprozesse vor und nach pflegerelevanten Interaktionsprozessen. Die drei Grundhaltungen des personenzentrierten Ansatzes, die unterschiedlichen Qualitäten des Zuhörens und das Steuern des Gespräches mittels vorwiegend offener Fragen, verlangen von der Gesundheits- und Krankenpflegekraft neben methodischen Kompetenzen auch die Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung und Selbstreflexion, die im Rahmen von Ausbildung und Fortbildung vermittelt und

trainiert werden müssen. Eine diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegekraft braucht Beratungskompetenz, um professionelle Pflege leisten zu können (vgl. Engel 2006, S. 69, 70).

Die im Kapitel 3 behandelten Pfl egetheorien geben als Modelle oder Theorien großer Reichweite, theoretische Richtlinien vor, welche die Anwendung des personenzentrierten Ansatzes nahe legen. In Folge werden anhand einer Theorie mittlerer Reichweite, wesentliche personenzentrierten Aspekte für die Praxis beleuchtet.

4.2 Der patientenorientierte Pflegeprozess im Rahmen einer Middle Range Theory

Swanson Kristen´s „Empirical Development of a Middle Range Theory of Caring“ beschreibt ein induktiv, mittels phänomenologischer Untersuchung, entwickeltes Modell. Dazu wurden Pflegeempfänger und auch Pflegeanbieter aus drei Untersuchungsgruppen, die sich in unterschiedlichen perinatalen Situationen befanden, in getrennten Studien beforscht, um daraus Gemeinsamkeiten abzuleiten und für die beschriebenen Pflegesituationen gültig zu machen. Die Elemente von Caring wurden abgeleitet aus folgenden Studien: Studie I: „Caring and Miscarriage“ begann mit der Fragestellung: „What are the caring behaviors of others that are identified as helpful by women who have miscarried?“ (vgl. Swanson 1991, S. 162). 20 Frauen nach einer Fehlgeburt wurden nach den Verhaltensweisen interviewt, die nach einer Fehlgeburt als hilfreich erlebt wurden.

Studie II: „Caring in the Newborn Intensive Care Unit“ befasste sich mit folgender Frage: „What is it like to be a provider of care in the Newborn Intensive Care Unit?“ (vgl. Swanson 1991, S. 162) In dieser Gruppe wurden 33 Interviews mit 19 Pflegenden, sowohl Fachkräfte als auch pflegende Eltern, geführt.

Studie III: Im Rahmen eines Projektes - „Caring and the Clinical Nursing Models Project“ - wurden 8 jungen Mütter befragt, die aufgrund einer irritierten psychischen Verfassung und einem schwierigen sozialen Umfeld, 18 Monate lang betreut wurden. Das Ziel war, die Frauen zur Selbstpflege und letztendlich auch für die Pflege der Neugeborenen zu befähigen. Vier Jahre nach ihrer Teilnahme orientierte sich das Interview an folgender Frage: „How do recipients of a long-term intensive nursing intervention recall and describe the nurse-patient relationship four years post intervention?“ (vgl. Swanson 1991, S. 163)

Die Ergebnisse der Studien wurden mit Theorien aus der Pflegewissenschaft und aus anderen Wissenschaften diskutiert und bestätigt. Letztendlich wurden die Elemente und deren Subdimensionen mit „Caring“ - Kategorien anderer Pflege-theoretikerinnen wie mit Watson's (1979,1985) „carative factors“ und mit Benner's (1984) „description of the helping role of the nurses“ verglichen (vgl. Swanson 1991, S.161).

Die wichtigsten Elemente der Theorie definieren die Beziehung zwischen Gesundheits- und Krankenpflegekraft und Patient anhand von „Caring Prozessen“. *Swanson* Theorie beschreibt fünf „Caring Prozesse“ und dazu gehörende Subdimensionen. Zusammenfassend hier, um eine Übersetzungsbedingte Unschärfe der Bedeutung zu vermeiden, die ursprünglichen Begriffe mit anschließender Erörterung:

KNOWING	avoiding assumptions
	centering on the one cared-for
	assessing thoroughly
	seeking cues
	engaging the self of both
BEING WITH	being there
	conveying ability
	sharing feelings
	not-burdening

DOING FOR	comforting
	anticipating
	performing competently/skillfully
	protecting
	preserving dignity
ENABLING	informing/explaining
	Supporting/allowing
	focusing
	generating alternatives/thinking it through
	validating/giving feedback
MAINTAINING BELIEF	believing in/holding in esteem
	maintaining a hope-filled attitude
	offering realistic optimism
	“going the distance” (vgl. Swanson 1991, S.163)

„**Maintaining Belief**“ (Zuversicht bewahren) als Caring Prozess zielt nicht darauf ab, dem Leben des anderen Sinn zu geben, sondern soll durch personenzentrierte Unterstützung / Pflege / Fürsorge – Caring, dem anderen ermöglichen, sein Selbstvertrauen, seinen Sinn / Glauben wieder herzustellen. Zuversicht realisiert sich durch den fundamentalen Glauben an die Fähigkeit zur Problemlösung, die Menschen eigen ist, wenn sie in einer vertrauensvollen Umgebung begleitet werden. Ein Caring Prozess beginnt mit dem fundamentalen Glauben eines Menschen an sich selbst (vgl. Swanson 1993, S. 354).

“**Knowing**” (Kennen) beschreibt Bemühungen, die eine Personenzentrierung herstellen, durch das Kennenlernen der Wirklichkeit des anderen, um die Bedeutung eines Ereignisses, aus der Sicht des anderen zu erfassen. Dadurch werden Zuschreibungen und Annahmen vermieden, der Mensch wird als Persönlichkeit respektiert und eine situationsentsprechende, personenzentrierte Pflege kann erreicht werden. Der Pflegeprozess basiert auf einem laufenden und achtsamen Assessment. Pflege realisiert sich durch das Bemühen, die

persönliche Realität des Klienten zu verstehen. Den anderen kennen, setzt auch voraus, sich selber zu kennen und zu reflektieren. Wenn Wissen oder Kennen eintritt, bewirkt dies ein beidseitiges Engagement – Engagement vom Patienten und von der Gesundheits- und Krankenpflegekraft (vgl. Swanson 1993, S. 355).

Im Caring-Process „**Being with**“ (Sein mit) werden Faktoren beschrieben, die emotionale Präsenz für den anderen ausdrücken. Es verbindet Intentionen wie „einfach Da – Sein“, Vermitteln von Fähigkeiten und die Teilnahme an den Gefühlen des Klienten. Dadurch werden Menschen entlastet. Mit jemandem Sein, steht ein klein wenig über jemanden Kennen, es ist mehr als die Notlage des anderen zu verstehen. Es beschreibt ein emotionales offen Werden/Sein für die Realität des anderen. Die Botschaft die durch „being with“ übermittelt wird ist, dass das Empfinden des anderen bedeutungsvoll für die Pflege ist (vgl. Swanson 1993, S. 355, 356).

Die Caring Kategorie „**Doing For**“ (Tun Für) beschreibt Unterstützungsqualität. Es bedeutet Pflegehandlungen so durchzuführen, wie sie der Patient machen würde, hätte er die Möglichkeit oder Fähigkeit dazu. Etwas für jemanden in diesem Sinne zu tun wirkt tröstend, beruhigend, voraussehend, beschützend und die Bedürfnisse des Patienten werden berücksichtigt. Die Pflege wird so patientenorientiert, geschickt und fachgerecht durchgeführt. Vor allem sollen Pflegehandlungen mit Respekt und Würde vor dem Menschen durchgeführt werden, um eine Objektivierung zu vermeiden (vgl. Swanson 1993, S. 356).

„**Enabling**“ (Befähigen) meint Unterstützen im Sinne von Befähigen, beispielsweise in einer schwierigen Lebensphase oder während eines belastenden Familienereignisses. Enabling bedeutet Expertenwissen zur Unterstützung anzubieten und die Ressourcen zu fördern, die Selbstvertrauen fördern und den Selbstpflegeprozess aktivieren. Diese Kategorie verbindet Wissen, Information und Erklärung von Bedürfnissen mit Einfühlsamkeit und emotionaler Unterstützung (vgl. Swanson 1993, S. 356).

Obwohl die Kategorien getrennt voneinander beschrieben sind, schließen sie sich gegenseitig nicht aus. Anhand der Beschreibung der Prozesse, lässt sich eine hierarchische Verbindung vermuten, jedoch ist in dem, zur Analyse herangezogenen Artikel, die Beziehung zwischen den Prozessen nicht ausführlich beschrieben bzw. dargestellt. In einem von *Swanson* 1993 erschienen Artikel nimmt sie nochmals Bezug zur Struktur der Caring Prozesse. In diesem Artikel beschreibt sie eine Einschränkung des Modells, aufgrund der fehlenden Struktur innerhalb der Caring Prozesse und stellt eine Beziehung zwischen den Prozessen her. *Swanson* skizziert in dieser Abhandlung modellhaft eine Struktur der Caring Prozesse, in der sich die einzelnen Prozesse überlappen. „The Structure of Caring“ wird folgendermaßen dargestellt:

Maintaining Belief → Knowing → Being With → Doing For → Enabling = Client Well Being, als Ergebnis dieser Prozessstruktur (vgl. *Swanson* 1993, S. 355). Durch diese Struktur erhält Caring die Intention eines Outcomes, das auf das Wohlbefinden der Person abzielt.

Swanson beschreibt in dieser Struktur die Verbindung zwischen den Prozessen, die von der philosophischen Grundhaltung einer Beziehung zwischen Personen ausgeht, welche im Caring Prozess unter „Maintaining Belief“ beschrieben ist und dem Menschenbild der humanistischen Psychologie entspricht. Aus diesem Prozess ergibt sich der Prozess „Knowing“, der sich einerseits aus dem Fachwissen und dem Wissen über die Einflussfaktoren aufgrund der klinischen Umstände zusammensetzt und andererseits die spezifische Situation des Menschen, die im Interaktionsprozess erfasst wird, mit ein bezieht. Aus diesem Prozess entwickelt sich nach *Swanson's* Struktur der Prozess des „Being With“, der als personenzentriertes, wissensbasiertes Vermitteln verstanden werden kann. Darauf folgen die therapeutischen Handlungsprozesse „Doing For“ und/oder „Enabling“, die letztendlich das Wohlbefinden des Menschen zum Ziel haben. Die Grenzen der Prozesse sind unscharf, weil der nachfolgende Prozess eine Folge des vorhergegangenen ist.

Dieses Modell stellt dar, wie Wissen und echte, wertschätzende und empathische Begegnung, durch ständiges Assessment und reflektiertes Vorgehen, verwirklicht werden kann.

In dem Artikel werden klare Interaktionsqualitäten mit den dazugehörigen Interventionen modellhaft, im Sinne einer personenzentrierten Pflege / Fürsorge beschrieben. Da die Beschreibung auf Ergebnissen dreier Forschungsprozesse basiert, sind die daraus abgeleiteten „Caring-Prozesse“ übertragbar auf Pflegeprozesse von Personen in perinatalen Situationen und Kontexten. Die hier definierten Caring-Prozesse fokussieren die zwischenmenschliche Begegnung, bilden als Rahmen für eine reflektierte Interaktion die Grundlage für den Problemlösungsprozess. Zusammenfassend lässt sich fest halten, dass in diesem Modell mittlerer Reichweite, Haltung, Methoden und Reflexionsaspekte konkretisiert werden, die Interaktionsabläufe begleiten müssen, damit tatsächlich eine Patientenorientierung gewährleistet ist.

4.3 Soziokulturelle und systemische Einflüsse im Rahmen des Pflegeprozesses

Ausgehend von der Grundannahme, dass der Pflegeprozess innerhalb eines sozialen Systems statt findet, konzentriert sich die pflegetheoretische Auseinandersetzung von Imogene *King* auf Wissensgrundlagen aus der allgemeinen Systemtheorie. *King* greift dazu folgende, für den Pflegeprozess relevante Dimensionen auf, die sich gegenseitig beeinflussen und so auf den Pflegeprozess wirken: Den Pflegeprozess als Methode - alle am Pflegeprozess beteiligten Personen - alle an der Umwelt des Pflegeprozess beteiligten Personen - die soziale Organisation in deren Rahmen die Pflege statt findet - die soziale Gemeinschaft, in der sich die Organisation befindet (vgl. Fawcett 1998, S. 119). Aus diesem Grund lohnt es sich, die für den Pflegeprozess relevanten theoretischen Aspekte zu beleuchten, welche wesentliche Einflüsse auf Beziehungen und Interaktion im sozialen Kontext beschreiben. *Meleis* verweist im Rahmen ihrer Auseinandersetzung zum Thema „Interaktion als

Konzept der Domäne Pflege“ auf Theoriegrundlagen von H. S. *Sullivan* und G.H. *Mead*.

Ein zentraler Aspekt der Theorie von H. S. *Sullivan* ist die „interpersonale Transaktion“. Dieser Begriff definiert, dass kontinuierliche Austauschprozesse zwischen Person und Umgebung maßgeblich die Entwicklung einer Persönlichkeit prägen. Das Selbst des Menschen ist geprägt durch die bereits erlebte interpersonale Transaktion mit den Bezugspersonen. Dieser Einfluss ist ganz entscheidend für den selektiven Wahrnehmungsprozess, der zur ständigen Selbstkonstituierung in interpersonalen Beziehungen notwendig ist (vgl. Sullivan 1980, S. 137, 357). Dieser Aspekt ist entscheidend für die individuelle Erfassung einer Patientensituation im Kontext des Gesundheitssystems, mit allen darin beteiligten Personen. Ausgehend davon, dass die Effektivität von Pflegehandlungen von der Kommunikation, der an ihrer Durchführung beteiligten Individuen abhängt, lohnt es sich, den Einfluss selektiver Wahrnehmungsprozess mit zu denken, um Reaktionen von Patienten zu verstehen und die individuellen Bedürfnisse zu erfassen.

Auch G. H. *Mead* definiert als Grundlage einer Selbstkonstitution, die Wechselwirkung mit der sozialen Realität einer Gesellschaft. Interaktion ist im Sinne *Meads* ein Element der Selbstkonstitution durch soziale Einflüsse aus der Bezugsgruppe. Er beschreibt die gesellschaftlichen Tendenzen zur Entwicklung signifikanter Symbole, die im jeweiligen soziokulturellen Kontext gleichbedeutend verstanden werden. Dies ist vergleichbar mit der Entwicklung sprachlicher Begriffe in unterschiedlichen Kulturen (vgl. Mead 1993, S. 107 – 113). Die signifikanten Symbole werden durch Interaktionsprozesse im jeweiligen System mit Sinn angereichert und lösen so in diesem Kontext bei unterschiedlichen Interaktionspartnern ähnliche Reaktionen aus (vgl. Mead 1993, S. 115 – 122).

Noch einen wesentlichen Theoriehintergrund liefert der von *Mead* beschriebene Prozess der Rolleneinstellung von Interaktionspartnern aus demselben

Gesellschaftssystem. Dieser beschreibt einen Interaktionsprozess, der gekennzeichnet ist durch Rollenzuschreibungen für bestimmte Positionen in sozialen Gruppen. Diese Zuschreibungen sind charakterisiert durch rollenspezifische Verhaltensweisen und er beschreibt auch die Fähigkeit der Rollenvorwegnahme, als menschliche Reaktion im Sozialisationsprozess: *„Mir scheint das Grundprinzip der gesellschaftlichen Organisation des Menschen die Kommunikation zu sein, die Anteilnahme an den anderen voraussetzt. Dazu ist das Auftreten des anderen in der eigenen Identität notwendig, die Identifikation der anderen mit der Identität, die Erreichung des Bewusstseins seiner selbst durch die anderen.“* (Mead 1993. S. 299). Die Fähigkeit die Rolle anderer übernehmen zu können, trägt entscheidend zur Entwicklung einer kooperativen Gesellschaft bei. Außerdem kann sich eine Person, indem sie im Rahmen des Interaktionsprozesses die Rolle und Haltung eines anderen einnimmt, auf sich selbst besinnen und so den Kommunikationsprozess steuern (vgl. Mead. 1993. S 299 – 307). Um den Kommunikationsablauf steuern zu können, braucht der Interaktionspartner die Fähigkeit, den Interaktionsprozess aus der Metaebene zu betrachten. Auch die Fähigkeit zur Rollenflexibilität beruht auf Reflexionskompetenz

4.3.1 Rollen in Gesellschaftssystemen und deren Bedeutung für den Pflegeprozess

Kooperatives Handeln in gesellschaftlichen Gruppen wird durch Rollen und den damit verbundenen Zuschreibungen, definiert. Rollenverhalten ergänzt sich und ist vor allem im institutionellen Kontext meist sehr klar definiert. Die Rolle der Gesundheits- und Krankenpflegekraft und die Rolle des Patienten können von konservativen, stereotypen Verhaltenszuschreibungen geprägt sein und so den individuellen, flexiblen Handlungsspielraum beschränken. Dies kann im Rahmen des Pflegeprozesses unter anderem bedeuten, dass vom Patienten asymmetrische Gesprächsangebote, allein aufgrund der Patientenrolle, an die Gesundheits- und Krankenpflegekraft signalisiert werden. Die Gesundheits- und Krankenpflegekraft steht nun vor der Aufgabe eine symmetrische Interaktion, welche die als Basis eines patientenorientierten Pflegeprozesses darstellt,

wieder her zu stellen. Zur Irritation kann es kommen, wenn Rollenbilder und Rollenverständnis von Interaktionspartnern, aufgrund unterschiedlicher soziokultureller Herkunft, sehr verschieden sind.

Einer weiteren Reflexion bedarf der Aspekt, dass Pflege in einem institutionellen Kontext statt findet. Aus diesem Grund wird sich die Gesundheits- und Krankenpflegekraft zielführender Weise überlegen, inwieweit die Organisationsstruktur normative Rollenzuschreibungen verstärkt und wie sich diese auf die Bedürfnispositionierung und die individuelle Handlungsflexibilität von Mitarbeitern und Patienten auswirken kann. Zur professionellen Kompetenz einer Gesundheits- und Krankenpflegekraft gehört auch, das eigene Rollenverhalten zu überdenken, um mögliche Reaktionen darauf zu verstehen.

Im Rahmen des Pflegeprozesses findet einerseits informelle, alltägliche Beratung und andererseits halbformelle, zielgerichtete Beratung aus pflegebezogener Sicht statt (vgl. Engel 2006, S. 37). Die Intention von Beratungssequenzen einer Gesundheits- und Krankenpflegekraft ist meist mit einer Erhöhung der Selbstpflegekompetenz des Patienten verbunden. Dies bedeutet, dass es ganz entscheidend ist, ob der Patient in seiner Rolle Selbstverantwortung lebt oder als Patient passiv die Pflege geschehen lässt. Die Gesundheits- und Krankenpflegekraft kann durch Reflektieren ihrer Rolle und der Rolleneinstellung des Patienten einen partnerschaftlichen Interaktionsprozess und das Selbstpflegepotential des Patienten zu fördern. In einem Interaktionsprozess getragen von Empathie, Akzeptanz und Wertschätzung ist es möglich, eine vertrauensvolle Pflegebeziehung aufzubauen und Ressourcen zu fördern

Sowohl der Aspekt der signifikanten Symbole und deren Bedeutung in menschlichen Gruppen, als auch die Auseinandersetzung mit Rollen im Interaktionsprozess, beeinflussen die Interaktion im Rahmen des Pflegeprozesses entscheidend. Die im folgenden Kapitel dargestellte

Pflege­theorie reflektiert und be­forscht kul­turell defi­nierte Symbole, Rollen und deren Einflüsse auf die menschliche Fürsorge. Eine kulturkongruente oder positive professionelle Pflege ist nach dieser theoretischen Abhandlung nur dadurch zu gewährleisten, dass die Pflegenden die individuellen, gruppenspezifischen, familiären und gemeinschaftlichen kulturspezifischen Werte, Ausdrucksweisen und Muster der Fürsorge kennen und diese für die betreffenden Menschen auf eine angemessene und sinnvolle Weise umsetzen (vgl. Leininger 1998, S.70,71).

4.3.2 Signifikante Symbole und deren Bedeutung für den Pflegeprozess anhand eines Pflegemodells

Die Pflegewissenschaftlerin und Anthropologin Madeleine *Leininger* setzt sich in ihrem Modell für transkulturelle Pflege unter anderem mit kulturspezifischen Symbolen und deren Bedeutung für die Pflege auseinander. Sie beschreibt soziokulturell bedingte Einflüsse und wie wesentlich es ist, dass die Gesundheits- und Krankenpflegeperson sich mit kulturspezifischen Aspekten auseinander setzt, damit sie die Bedürfnisse von Patienten unterschiedlicher Kulturen erfassen kann.

Durch die Arbeit als Kinderkrankenschwester in einer Kinderpsychiatrie wurde *Leininger* bewusst, wie wichtig kulturelle Aspekte für die Gesundheits- und Krankenpflegekraft sind. Sie machte die Erfahrung, dass Ausdrücke und Erwartungen, die mit Fürsorge in Verbindung gebracht werden, kulturspezifisch geprägt sind. Die Verhaltensweisen und Bedürfnisse von afrikanischen, jüdischen, angloamerikanischen oder deutschen Kindern waren unterschiedlich. *„Meine Neugierde und meine Wissensdefizite hinsichtlich der Rolle, die kulturelle Faktoren für die psychische und körperliche Gesundheit spielen, veranlassten mich, Anthropologie zu studieren und später das Konzept der transkulturellen Pflege (mit Vergleichen kulturverschiedener Pflegeinhalte) zu entwickeln.“* (Leininger 1998, S. 35,36)

Leininger stellt fest, dass jede Kultur bestimmte Formen, Strukturen, Ausdrucksweisen und Muster der Fürsorge besitzt und leitet daraus ab, dass es ein wesentlicher Teil professioneller Pflege ist, diese zu erkennen, um mit deren Hilfe das Wohlbefinden, die Gesundheit oder das Kranksein eines Menschen zu erkennen und zu erklären. Sie erforscht die kulturspezifische Fürsorge als theoretisches Phänomen, um daraus pflegespezifisches Wissen abzuleiten. Ganz besonders interessierte *Leininger* die Frage, inwieweit soziokulturelle Faktoren wie Verwandtschaft, Politik, Religion, Gesetzgebung, Technologie und andere, die spezifisch kulturellen Werte, die Fürsorgemethoden von menschlichen Gesellschaften beeinflussen. Außerdem war für sie wichtig, was hinsichtlich der kulturspezifischen Elemente von Fürsorge, in der traditionellen und in der modernen Pflege kulturübergreifend und was kulturspezifisch ist. *Leininger* wählte ganz bewusst den Begriff „transkulturell“, weil diese Bezeichnung quer durch alle Kulturen, über alle Kulturen hinweg bedeutet, egal ob es sich dabei um eine Nation handelt oder nicht. Sie sieht in der Theorie der kulturspezifischen Fürsorge die Möglichkeit einer theoretischen, forschungsbezogenen Grundlage, um die Pflege als wissenschaftliche Disziplin zu begründen und zu etablieren und um orientierende Vorgaben für die Pflegepraxis erarbeiten zu können.

Um die kulturspezifische Symbolik und deren Bedeutung zu erfassen, mussten Ausdrucksweisen wie „Mitgefühl, Berührung, Trost, Hilfe, Unterstützung“ und viele andere Fürsorgekonstrukte, vollständig neu erforscht und für die verschiedenen Umwelten und Kontexte verständlich gemacht werden. *„Ich sah professionelle Pflege sowohl unter humanistischen als auch unter wissenschaftlichen Aspekten, um beide Denkrichtungen jedenfalls solange offen zu halten, bis das Gegenteil bewiesen war.“* (Leininger 1998, S. 53) Beide Richtungen dienten als Grundlage für die Entwicklung ihrer Theorie.

Mit dem Begriff „humanistische Fürsorge“ bezeichnet *Leininger* das möglichst natürliche oder mensch(enfreund)liche Verständnis und Wissen über die Menschen sowie das Bemühen, ihnen auf unterstützende, helfende, führende

oder befähigende Weise beizustehen, damit sie bestimmte Ziele realisieren, gesunde Lebensbedingungen erhalten und schädliche Lebensweisen verändern können. Um dieser Haltung gerecht zu werden, wählt *Leininger* den verstehenden, induktiven Forschungsansatz. Im Gegensatz dazu versteht sie unter dem Begriff „wissenschaftlich fundierte Fürsorge“ die präzise Beschreibung logisch deduktiv abgeleiteter Definitionen und deren empirische Untersuchung (vgl. Leininger 1998, S.54).

Beide Perspektiven waren *Leininger* für die Entwicklung ihrer Theorie wichtig. Pflegewissenschaft sollte möglichst weit verstanden werden, als kreatives Studium von Pflegephänomenen und als Systematisierung von Wissensbeständen. Sie entwickelte ihre Theorie basierend auf der Forschungsmethode „Pflegeethnografie“, mit deren Hilfe wird erklärt, wie Menschen in unterschiedlichen kulturellen Lebensformen und Kontexten Fürsorge verstehen, beschreiben und interpretieren.

Der Begriff „Fürsorge“ wird in *Leininger's* theoretische Abhandlung beschrieben als helfende, unterstützende oder fördernde Erfahrungen. Fürsorge wird ausgedrückt durch Verhaltensweisen zum Wohle anderer Menschen, die ein offensichtliches oder potentiell Bedürfnis aufweisen, ihre menschlichen Lebensbedingungen oder Lebensweisen zu verbessern und weiter zu entwickeln. Fürsorgen steht im Zusammenhang mit Fürsorgehandlungen, welche die Intention verfolgen, anderen Personen zu helfen, sie zu unterstützen in ihrem Bedürfnis nach Verbesserung oder Weiterentwicklung der menschlichen Lebensbedingungen oder Lebensweisen. Der Begriff „Kultur“ umfasst die erlernten, gemeinsamen und übermittelten Werte, Überzeugungen, Normen und Lebensweisen einer bestimmten Gruppe, welche deren Überlegungen, Entscheidungen und Handlungen auf eine strukturierte Weise leiten.

Die „kulturspezifische Fürsorge“ beinhaltet nach *Leininger's* Theorie, die subjektiv und objektiv erlernten und übermittelten Werte, Überzeugungen und

strukturierten Lebensweisen, die einer anderen Einzelperson oder Gruppen helfen, sie unterstützen, es ihnen erleichtert oder sie dabei fördert, sich Wohlbefinden und Gesundheit zu erhalten, ihre menschlichen Lebensbedingungen und Lebensweisen zu verbessern und mit Krankheiten, Behinderungen oder dem Tod umzugehen. Die „kulturspezifische Fürsorgediversität“ bezieht sich auf die Veränderlichkeiten und / oder Unterschiede von Bedeutungen, Strukturen, Werten, Lebensweisen oder Symbolen der Fürsorge innerhalb oder zwischen Gemeinschaften, die in Verbindung mit helfenden, unterstützenden oder fördernden Ausdrucksformen der menschlichen Fürsorge stehen.

Leininger definiert auch den Begriff der „kulturspezifischen Fürsorgeuniversalität“. Diese konzentriert sich auf die gemeinsamen, ähnlichen oder weitgehend gleichen Bedeutungen, Strukturen, Werte, Lebensweisen oder Symbolen der Fürsorge, wie für Menschen Hilfe geleistet werden kann. In vielen Kulturen sind demnach gemeinsame oder ähnliche helfende, unterstützende, lindernde oder fördernde Möglichkeiten der Fürsorge zu erkennen. Unter professioneller Pflege versteht *Leininger* den erlernten, humanistisch ausgerichteten und wissenschaftlich fundierten Beruf und die entsprechende wissenschaftliche Disziplin, die Phänomene menschlicher Fürsorge zum Gegenstand haben. Ziel der professionellen Pflege ist es, Menschen zu helfen, sie zu unterstützen, ihnen Situationen zu erleichtern oder sie dabei zu fördern, ihr Wohlbefinden auf kulturell sinnvolle und positive Weise zu erhalten oder sie wieder zu erlangen oder mit Behinderungen oder dem Tod besser um zu gehen. (vgl. *Leininger* 1998, S. 72,73) Orientierung zur Entscheidungsfindungen für Pflegehandlungen geben nach *Leininger's* „Sunrise-Modell“ folgende Fürsorgefunktionen:

- Die Bewahrungs- und/oder Erhaltungsfunktion kulturspezifischer Fürsorge.
- Die Anpassungs- und/oder Verständigungsfunktion kulturspezifischer Fürsorge.
- Die Änderungs- oder Umstrukturierungsfunktion kulturspezifischer Fürsorge.

An diesen drei Modalitäten (siehe folgende Abbildung 4-1) orientiert sich der Pflegeprozess. Die Entscheidungsfindung basiert auf der Anwendung und reflektierten Verbindung von kulturspezifischen, verinnerlichten Fürsorgewissen und professionellem Pflegewissen (vgl. Leininger 1998, S. 67).

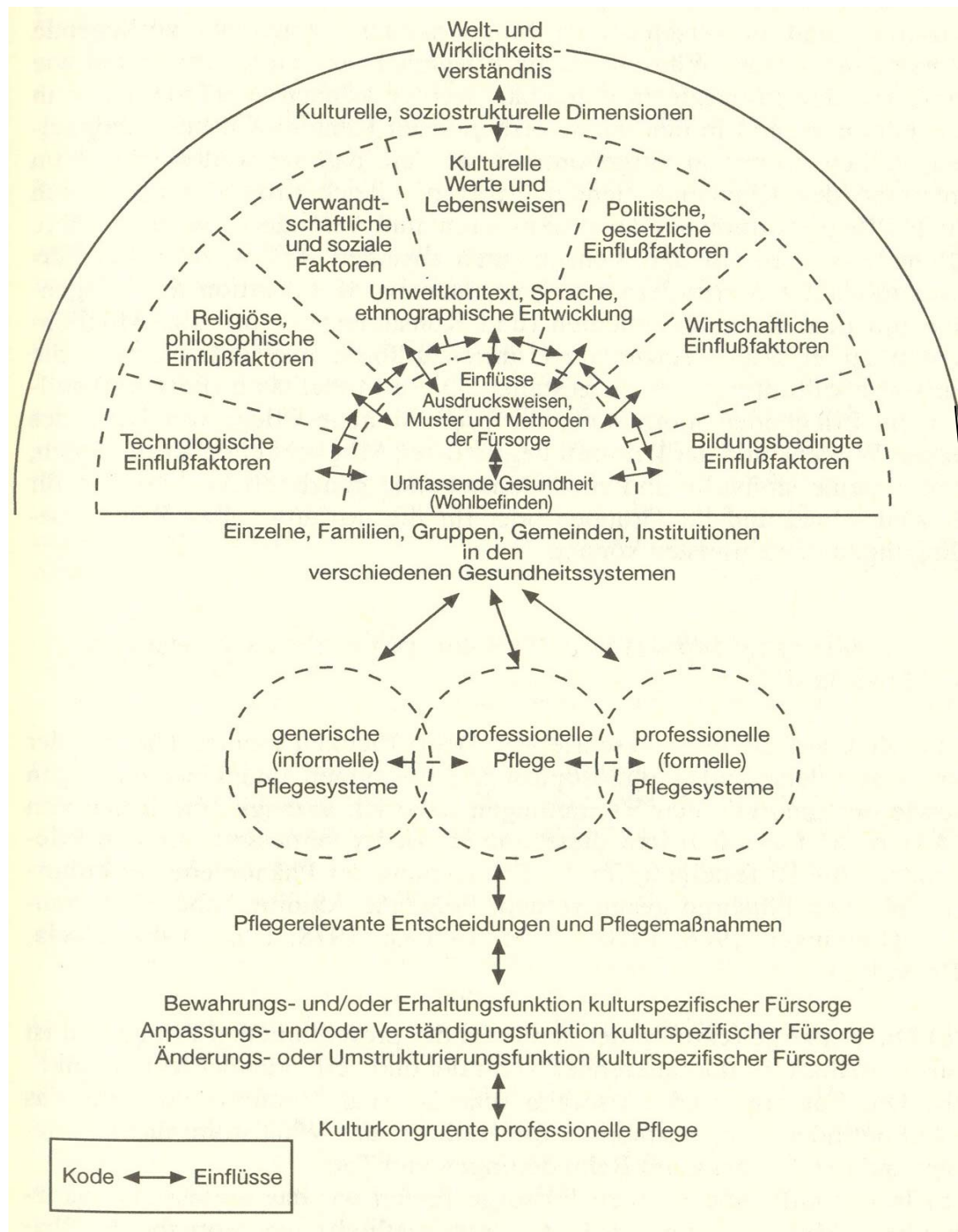
Leininger geht davon aus, dass Gesundheits- und Krankenpflegekräfte, die über entsprechende Kenntnisse in kulturspezifischer Pflege verfügen, die Pflegeplanung unter Berücksichtigung dieser drei Handlungs- und Entscheidungsdimensionen vornehmen.

Als Beispiel für Bewahrungs- und/oder Erhaltungsfunktion kulturspezifischer Fürsorge schildert *Leininger*, dass wenn ein amerikanischer Patient chinesischer Abstammung nach Kräutertee verlangt, um seinen nervösen Magen zu beruhigen, diesen auch erhalten sollte, damit seine Fürsorgepraxis beibehalten werden kann (vgl. Leininger 1998, S. 68).

Die theoretische Darstellung von Anpassungs- und Verständigungsfunktion kulturspezifischer Fürsorge beschreibt Austauschprozesse innerhalb von Familien oder Gruppen wie die Verständigung über die Ernährung, über geistige oder religiöse Bedürfnisse, über die Kontakte zwischen den Familien oder zu anderen Themen, die Gesundheits- und Krankenpflegekräfte im Rahmen des Pflegeprozesses unterstützen oder initiieren müssen. So schätzen und erwarten arabisch-muslimische Familien, wenn ein Familienmitglied krank ist und im Krankenhaus liegt, dass sich seine Familie vollständig um das Krankenbett versammelt. Dem entsprechend wird die Gesundheits- und Krankenpflegekraft diesen Austauschprozess ermöglichen, um eine bestmögliche kulturspezifische Fürsorge zu gewährleisten (vgl. Leininger 1998, S. 68). Bei der Änderungs- oder Umstrukturierungsfunktion kulturspezifische Fürsorge geht es darum, Gewohnheiten in der Fürsorge zu ändern. Dies verlangt von der Gesundheits- und Krankenpflegekraft kulturspezifisches Fürsorgewissen, große Aufmerksamkeit und hohe Sensibilität für die Lebensweisen der Menschen. Gemeinsam und auf kreative Weise werden veränderte fürsorgliche Vorgehensweisen (Essen, Schlafen, ...) fest gelegt, die

der Gesundheit und dem Wohlbefinden des Patienten dienen (vgl. Leininger 1998, S. 68, 69).

Abbildung 4-1: Das Sunrise-Modell zur Darstellung der Theorie der kulturspezifischen Fürsorge (Leininger 1998, S.69)



Orientiert sich die Gesundheits- und Krankenpflegekraft an den Theoriegrundlagen nach dem Sunrise-Modell, um die Fürsorge mit Hilfe der damit erzielten Ergebnisse (Gesundheit, Wohlbefinden) zu beschreiben, dann müssen dazu alle, in der Abbildung 4-1 dargestellten Einflüsse, beachtet werden. Diese Dimensionen und Zusammenhänge kulturspezifischer Fürsorge dürfen nicht isoliert, vereinzelt und ohne Zusammenhang betrachtet werden. Sie gehören untrennbar zusammen und stehen in einer engen Beziehung zueinander, vergleichbar mit den komplexen Funktionen des menschlichen Organismus oder der Gesamtheit einer Kultur. Der wichtigste Aspekt des Modells besteht darin, die kulturelle Welt mit seinen unterschiedlichen Lebensäußerungen und Einflüssen auf die menschlichen Lebensbedingungen darzustellen und zu verstehen. Das Modell kann als Wegweiser verstanden werden, der hilft, einen vollständigen Zusammenhang zu dem Wissen zu bekommen, das Menschen in Bezug auf die kulturspezifische Fürsorge haben. Die Pfeile im Modell sollen anzeigen, wo Einflüsse wirken oder zu vermuten sind. Sie bezeichnen keine kausalen oder linearen Beziehungen. Sie verweisen auf Bereiche, die zu beachten sind und symbolisieren Querverbindungen, die zwischen den wichtigsten Faktoren im Sinne fließender Übergänge bestehen. Die gestrichelten Linien sollen anzeigen, dass es sich dabei um offene Bereiche oder lebendige Systeme handelt, die im Wesentlichen das widerspiegeln, was für die meisten Menschen die „natürlichen“ Lebensbedingungen darstellen. Der obere Teil des Modells hilft heraus zu kristallisieren und zu verstehen, welche Möglichkeiten die Fürsorge und das Fürsorgen in den jeweiligen Kulturen haben. Es ist in der Regel sehr aufschlussreich herauszufinden, welche soziokulturellen Faktoren es sind, die auf einzelne Personen, Gruppen und ganze Kulturen, auf das Phänomen „Fürsorge“ Einfluss nehmen. Eine an der menschlichen Fürsorge orientierte Gesundheits- und Krankenpflegekraft versucht, die Normen und Werte einer Kultur mit ein zu beziehen und auf diese Weise kulturkongruent zu arbeiten (vgl. Leininger 1998, S. 57 – 69).

Offensichtlich wird, dass ein komplexer Wissenshintergrund für reflektierte Interaktion im Rahmen des Pflegeprozesses notwendig ist, um Phänomene,

deren Ausdruck und Bedeutung für den Patienten zu verstehen und zu reflektieren, um den Bedürfnissen des Patienten gerecht zu werden.

1.1.1 Systemische Einflüsse im Rahmen des Pflegeprozesses

Marie-Luise *Friedemann* beschreibt in ihrem Werk „Familien- und umweltbezogene Pflege“, die Theorie des systemischen Gleichgewichts und leitet daraus Konsequenzen für die Pflege ab. Wie andere Pflege-theorien orientiert sich die Modellkonstruktion am Metaparadigma, welches die Schlüsselkonzepte – Umwelt, Mensch, Gesundheit und Pflege beschreibt und durch das Konzept Familie ergänzt. Sie weist darauf hin, dass sich Gesundheit und Pflege nicht nur auf den einzelnen Menschen beziehen, sondern auf die gesamte Familie. (vgl. Friedemann 1996, S. 19)

Das Konzept Umwelt

Im Konzept Umwelt beschreibt sie die Ordnung des Universums als übergeordnete Organisation aller Systeme der Erde und geht davon aus, dass diese Ordnung von Bedingungen abhängig ist, die uns Menschen weitgehend unbekannt und schwer begreiflich sind. Lebendiges sieht sie als Vernetzung von offenen Systemen, als Energie und Materie in Bewegung. Die Ordnung der Weltsysteme bestimmen die Grundbedingungen wie Zeit, Raum, Energie und Materie. Nach dieser Theorie des systemischen Gleichgewichts umschließt die Umwelt alle Systeme, die sich außerhalb des Individuums oder der Familie befinden wie politische und soziale Systeme, Biosysteme bis zum Universum, aber auch Gebäude, Gegenstände und Städte. Alle Systeme befinden sich in einem dynamischen Wechselzustand der gegenseitigen Veränderung und Anpassung. Den Zustand der aufeinander abgestimmten Ordnung von Systemen wird als Kongruenz bezeichnet. Dieser Zustand wird zwar angestrebt, bleibt aber im Sinne der Entwicklung Utopie.

Das Konzept Mensch

Menschen entwickeln ihre Identität durch die Beziehungen und Einflüsse zu ihren Mitmenschen in ihrem Umfeld. Das Menschsein wird durch die Struktur und Funktion des Körpers beeinflusst. Durch die Abhängigkeit von Systemen und die Endlichkeit des Seins reagiert der Mensch sensibel auf Störungen, welche die Organisation des menschlichen Systems und die Kongruenz der Umweltsysteme beeinflussen können. Menschen haben die Fähigkeit zur Transzendenz und können ihre Ordnung systemübergreifend an der Ordnung größerer Systeme orientieren, um für sich Kongruenz her zu stellen. Weil Menschen ihre Abhängigkeit erkennen, haben sie das Bedürfnis, Ordnung und Sicherheit her zu stellen. Durch Individuationsprozesse definieren Menschen ihr Selbst und dieses ist vor allem davon abhängig, ob sich Menschen in einem relativ angstfreien Zustand entfalten können. *Friedemann* verweist auf die interpersonelle Theorie nach *Sullivan H. S.*, die erklärt, dass Energie entsteht durch Angst, um Aktionen zu setzen, die diese Angst vermindern. (vgl. Friedemann 1996, S. 20, 21)

Nach der Theorie des systemischen Gleichgewichtes entsteht Angst, wenn Energie nicht frei fließen kann, nicht mit den Rhythmen des menschlichen Systems oder seiner Subsysteme übereinstimmt. Der wichtigste menschliche Prozess in der Theorie verfolgt die Herstellung des systemischen Gleichgewichtes, um Ängste zu reduzieren und größtmögliche Kongruenz zu erreichen. Das menschliche Verhalten verfolgt in diesem Sinne vier Ziele, nämlich Stabilität, Wachstum, Regulation/Kontrolle und Spiritualität. Im Laufe der individuellen Entwicklung eignet sich der Mensch einen ihm entsprechenden Lebensprozess zur Erreichung dieser Ziele an.

Die Ziele Regulation/Kontrolle und Spiritualität dienen zur Erhaltung des Systems und zur Bekämpfung der Angst und schaffen so beschützende Systeme und Strukturen. Regulation/Kontrolle kontrolliert den Einsatz von Energie und Information innerhalb von Systemen. Sie fördern erwünschte Einflüsse und verringern ungewollte. Spiritualität stellt Verbindungen her

zwischen Menschen, zum Arbeitsplatz oder zur Natur. Spiritualität führt zur emotionalen Bindung, zur Zugehörigkeit, zu Anerkennung, zu Achtung und Verständnis. Dies sind Verbindungen zwischen Subsystemen, die in übergeordneter Ordnung zum Ausdruck kommen. Das Verstandenwerden zwischen Systemen wird möglich.

Auch die Ziele Stabilität und Wachstum dienen zur Angstbekämpfung und zur Erhaltung von Systemen. Hier geht es um eine Ausgewogenheit zwischen Stabilität und Wachstum, die anhand von Rückkoppelungsprozessen zur Strukturänderung oder zur Morphogenese führen. Entwicklung wird möglich, jedoch ist diese oft verbunden mit Konflikten, Schmerz und Widerstand. Stabilität bezieht sich auch auf die Persönlichkeit, sie erlaubt Identifikation und unterliegt Einflüssen von Werten, Auffassungen, Verhaltensregeln und Weltanschauungen, die das tägliche Handeln beeinflussen. Die Person wehrt sich gegen Einflüsse, die Integrität verletzen und zu Krankheit führen können. Die Stabilität menschlicher Systeme kann jedoch nicht immer erhalten bleiben. Menschen müssen sich mit Verlusten abfinden. Menschliche Identitäten verändern sich von gesund zu gebrechlich oder hilfsbedürftig. Diese Prozesse verlangen vom Menschen eine Umorientierung von Werten und Prioritäten. Erfolgreiche Umorientierung führt zu Wachstum. Wachstum geschieht im Laufe des Lebens durch Erkenntnisse im Umgang mit Menschen, durch Erziehung und Ausbildung. Wachstum beinhaltet eine Änderung der Grundstruktur und Werte. Schicksalsschläge fordern rasche Veränderung.

Eine gesunde Person strebt einerseits Wachstum an, hat aber auch den Impuls Stabilität zu wahren. Kongruenz in diesem Zusammenhang ist erreicht, wenn sich alle vier Ziele im individuell angestrebten Gleichgewicht bewegen (vgl. Friedemann 1996, S. 20-25).

Friedemann beschreibt im Zusammenhang des menschlichen Seins vier Prozessdimensionen in folgenden Kategorien: Die Systemerhaltungsdimension und die Systemänderung, die Kohärenzdimension und die Dimension der

Individuation. Die Systemerhaltungsdimension umfasst alle Handlungen, die zur Erreichung von Stabilität und Regulation/Kontrolle ausgerichtet sind. Die Dimension der Systemänderung hingegen strebt Prozesse mit dem Ziel der Regulation/Kontrolle und des Wachstums an. Die Kohärenzdimension drückt die Zusammenhänge der menschlichen Subsysteme aus. Durch erfolgreiche Kohärenz erreicht der Mensch ein Gefühl von Ganzheit, Selbstsicherheit und inneren Frieden. Die Handlungen der Dimension Individuation sind nur dann möglich, wenn die Person die innere Stärke besitzt, sich nach außen zu entfalten.

Das Konzept Gesundheit

Gesundheit wird beschrieben als Ausdruck von Kongruenz im menschlichen System mit seinen Kontaktsystemen. Gesundheit ist zentral für das Erleben und Empfinden und ist Grundlage für Handeln. Körperliche Krankheit ist Störung im organischen Subsystem. Trotz körperlicher Krankheit kann Gesundheit gefunden werden. Ein allgemeines Wohlfühl ist Zeichen von Gesundheit. Ein markantes Symptom von fehlender Gesundheit ist Angst, die durch Systeminkongruenz entsteht. Krankheitsbewältigung bedeutet Gesundheit und führt zu persönlichem Wachstum. Ein perfekter Zustand von Wohlbefinden ist auf die Dauer nicht möglich, da immer wieder Systemstörungen auftreten. Die Konzepte der Gesundheit und Krankheit werden als getrennte und unterschiedliche Begriffe aufgefasst (vgl. Friedemann 1996, S. 28, 29):

Das Konzept Familie

Friedemann beschreibt Familie als System mit Subsystemen. Sie stellt eine Einheit mit Struktur und Organisation dar, die in einer Wechselbeziehung zur Umwelt stehen. Familie kann auf verschiedene Arten definiert werden, entscheidend ist, wer vom Menschen als zugehörig bestimmt wird. Damit Familie als System wirkt, braucht es Zusammengehörigkeit und menschlichen Kontakt. Dementsprechend besteht Familie aus all jenen Menschen, die eine Person als Familie betrachtet. Nach dieser Definition müssen Familienmitglieder nicht unbedingt verwandt sein (vgl. Friedemann 1996, S. 31).

Die Zugehörigkeit zur Familie ist subjektiv und muss vom einzelnen Menschen für sich bestimmt werden. Familie ist eingebettet in Zivilisation und bemüht, Werte und Kultur an die nächste Generation zu überliefern. Familie ist ein Schutzsystem, teilt Verantwortung für Lebensraum, Sicherheit, Fortpflanzung, Erziehung und soziale Verhaltensregeln. Familie unterstützt die persönliche Entwicklung ihrer Angehörigen, gewährt Zugehörigkeit und emotionalen Beistand. Familien befriedigt das Bedürfnis nach Regulation/Kontrolle. Familienprozesse sind gegenseitig akzeptierte Kollektivverhalten, die Stabilität, Wachstum, Regulation/Kontrolle und Spiritualität anstreben (vgl. Friedemann 1996, S. 30).

Auch Familienprozesse dienen der Angstreduktion und haben das Ziel Kongruenz zu erreichen, aber auch Wachstum und Individuation zu ermöglichen.

Das Konzept Familiengesundheit

Eine Familie wird als gesund definiert, wenn in allen vier Prozessdimensionen gehandelt wird, Kongruenz innerhalb der Familie und der Umwelt besteht und die Familienmitglieder wenig Angst empfinden und mit der Familie zufrieden sind. Demnach ist Familiengesundheit ein dynamischer Prozess, der immer auf neue Art Kongruenz herstellt. Ein Familienstil kennzeichnet eine Familie und unterscheidet diese von anderen. Die Funktionalität einer Familie wird durch die Familiengesundheit definiert (vgl. Friedemann 1996, S. 40).

Das Konzept Pflege

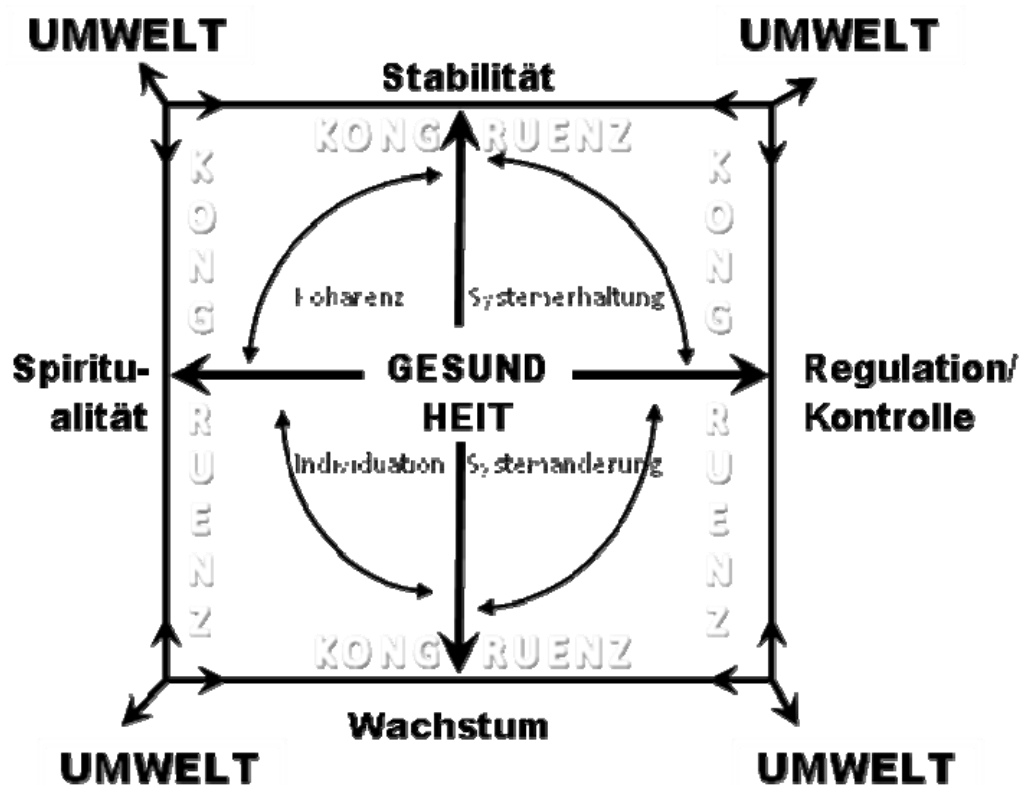
Die Pflege wird als Dienstleistung auf allen Systemebenen beschrieben. Das heißt, die Pflege eines Menschen schließt die Familie und vernetzte Systeme der Umwelt mit ein. Pflege zielt darauf ab, das Streben nach Kongruenz zu erleichtern oder zu ermöglichen. Die Kunst der Pflege besteht darin, je nach Bedarf sich von einer Ebene zur anderen zu bewegen, alle Dimensionen mit ein zu beziehen, um Spiritualität, gemeinsames Wachstum, Regulation/Kontrolle und Stabilität zum Ausdruck zu bringen (vgl. Friedemann 1996, S. 42, 43)

Das System des Pflegeempfängers steht im Mittelpunkt, dies mag ein Individuum, eine Familie, eine Gruppe oder ein Teil der Bevölkerung sein. In jedem System ist der einzelne Mensch als empfindendes und leidendes Subsystem wichtig.

Die Beziehung zwischen den Konzepten

Modellhaft werden Elemente, Beziehungen und Prozesse im systemischen Gleichgewicht dargestellt. Dadurch werden die Zusammenhänge und Abhängigkeiten der vier Prozessdimensionen sichtbar.

Abbildung 4-2: Diagramm des individuellen Systems und zugleich des Familiensystems nach der Theorie des systemischen Gleichgewichts (Friedemann 1996)



In diesem Modell (Abbildung 4-2) wird Gesundheit zentral dargestellt. Eingebettet in Umwelt wird Kongruenz hergestellt durch den Ausgleich (dargestellt durch Pfeile) zwischen den Polaritäten Stabilität und Wachstum,

Spiritualität und Regulation/Kontrolle. Kohärenz steht der Systemänderung gegenüber, die Individuation der Systemerhaltung. Die Handlungen innerhalb der vier Prozessdimensionen verfolgen folgende systemische Ziele:

„Systemerhaltung und Systemänderung fördern Regulation/Kontrolle.

Kohärenz und Individuation führen zu Spiritualität.

Systemänderung und Individuation bedeuten Wachstum.

Systemerhaltung und Kohärenz fördern die Stabilität.“

(Friedemann 1996, S. 27)

Die dargestellten Dimensionen sind in der Literatur beschrieben und durch Forschung bestätigt, sie beziehen sich auf den einzelnen Menschen und auch auf die Familie. Für die Pflege erlangen diese Dimensionen Bedeutung für das Verständnis von Menschen in ihrer Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit in ihrer Umwelt. Dieses Modell berücksichtigt die Grundannahme, dass Gesundheitsverhalten von Familie und Umwelt beeinflusst wird.

Aussagen der Theorie zur Krankenpflege

Die Theorie hat die Intention, Pflege als Interaktionsprozess im familien- und gemeindenahen Kontext zu realisieren. Die Hauptthese der Theorie ist, dass Menschen sich in sozialen Systemen organisieren. Alle Systeme haben ein strukturelles und dynamisches Muster mit einem Zentrum oder Schwerpunkt, um den sich die Prozesse in einem bestimmten Rhythmus bewegen. Alle lebenden Systeme sind ihrer Umwelt gegenüber offen und nehmen Energie, Information, Substanzen aus dieser auf und verarbeiten sie (vgl. Friedemann 1996 S. 17).

Pflege in Familien wird demnach auf drei verschiedenen Systemebenen ausgeführt, auf der Ebene des individuellen Systems, der interpersonalen Ebene und auf der Ebene des Familiensystems, wobei die Ebene des individuellen Familienmitgliedes die Basis bildet, um Beziehung zu anderen Familienmitgliedern herzustellen.

In diesem Sinne fokussiert Pflege nicht nur das Individuum, sondern erfasst die Gesundungsprozesse für Menschen in ihren Systemen. Die ersten Schritte zur Bildung eines Interaktionssystems werden von Pflegenden unternommen, um einander näher zu kommen. Schaffen einer stützenden, angstfreien Atmosphäre ist Voraussetzung für eine konstruktive Verbindung mit dem Pflegeempfänger. Ziel der Pflege ist es, die Kongruenz für den Menschen in seinen Systemen, die durch Krankheit irritiert wurde, wieder her zu stellen und so Wachstum zu ermöglichen. Das heißt Pflege unterstützt Regulation/Kontrolle, um die Stabilität zu erreichen, die notwendig ist für Wachstum. Nach *Friedemann* sind folgende Schritte im Pflegeprozess notwendig, um Kongruenz zu fördern:

„Klassieren der systemischen Prozesse innerhalb der vier Prozessdimensionen.

Offen die Theorie und die systemischen Prozesse erklären.

Nachforschen, welche Änderungen stattfinden sollen.

Gutheißen der nützlichen Handlungen.

Repetieren und verstärken der nützlichen Handlungen.

Umlernen bei mangelhaften Handlungen.

Experimentieren mit neuen Handlungen.

Nützlichkeit und Erfolg der Änderungen prüfen.

Zusprechen, ermuntern, loben.“ (Friedemann 1996, S. 46)

Friedemanns Theorie beschreibt systemtheoretische Zusammenhänge und deren Auswirkungen im Zusammenhang mit Gesundheit, Krankheit und Pflege. Durch das Herstellen des Bezugs zur Pflege von Menschen in ihren Systemen und das Entwickeln von notwendigen Konsequenzen für die Pflegenden, erhält die Theorie voraussagenden Charakter und kann somit herangezogen werden für die Entwicklung von Leitlinien und Instrumente für familien- und gemeindenahe Pflege.

Die Pflege wird dadurch auch eine gesundheitsfördernde Disziplin und dies nicht nur auf individueller Ebene, sondern auch im gesellschaftlichen Kontext. *Friedemann* hat Begriffe und Thesen der Systemtheorie für die Pflege analysiert und übertragen. Letztendlich synthetisiert sie eine Theorie für die Pflege und versucht durch Beispiele Praxisbezug herzustellen.

4.4 Zusammenfassung der Einflussfaktoren auf Interaktion im Rahmen des Pflegeprozesses

Die anschließende Übersicht versucht Interaktionszusammenhänge zu verdeutlichen. Es wird bewusst, wie komplex Interaktion im Rahmen des Pflegeprozesses ist. Deutlich wird dadurch, dass komplexes Wissen, eine personelle Kompetenz der Gesundheits- und Krankenpflegekraft und die Bereitschaft zur Reflexion Voraussetzungen dafür sind, um einen Pflegeprozess bedürfnisgerecht, patientenorientiert und professionell zu gestalten (siehe Tabelle 4-1).

Tabelle 4-1: Aspekte der Reflektierens im Pflegeprozess

Modell Theoretikerin	Interaktion Patient – Pflegekraft	Interaktion Patient – soziales Netz	Interaktion Patient – Umgebungsfaktoren
Kirsten Swanson: Empirical Development Of A Middle Range Theory Of Caring (vgl. Swanson 1991, S. 161-166)	Identifikation von fünf „Caring Prozessen“ als grundsätzliche Ziele im Pflegeprozess 1. Maintaining belief – Zuversicht und Selbstvertrauen fördern 2. Knowing – den Menschen in seiner Situation und Wirklichkeit Kennenlernen. 3. Being with – emotionale Präsenz 4. Doing for – etwas für jemanden tun 5. Enabling – Befähigen = Wohlbefinden des Patienten	Der Patient wird als Teil eines sozialen Netzwerkes erfasst. Einflüsse aufgrund familiärer Belastungen werden im Pflegeprozess berücksichtigt.	Rahmenbedingungen wie Zeit, Raum und Atmosphäre werden als Einflussfaktoren bewusst gemacht und konstruktiv gestaltet.
Madeleine Leininger: Sunrise Model (vgl. Leininger 1998, S. 35, 36, 53, 54, 67,68, 69,72,73)	Aufgreifen kulturspezifischer Elemente von Fürsorge Der Pflegeprozess basiert auf emischem Fürsorgewissen der Pflegekraft in Verbindung mit Pflegewissen und der aktuellen Interaktion zwischen Pflegekraft und Patient	Kulturspezifische Fürsorge beschreibt Pflege als Phänomen das geprägt ist von Familie und Gesellschaft. Normen und Werte einer Kultur werden im Pflegeprozess berücksichtigt.	Es wird versucht auch in Institutionen vertraute Umgebung herzustellen.
Marie-Luise Friedemann: Familien und Umweltbezogene Pflege (vgl. Friedemann 1996, S. 19 – 46)	Im Interaktionsprozess zielt die Pflegekraft darauf ab, den Patienten in seiner Kongruenz zu fördern, um Stabilität zu erreichen und Wachstum zu ermöglichen	Familie sind all jene Menschen, die der Patient als zugehörig bestimmt. Familie und Familienprozesse werden aktiv in den Pflegeprozess integriert.	Wechselwirkung zwischen den Systemen Individuum – Familie – politisch/soziale Systeme, Biosysteme, Gebäude, Gegenstände, Städte.

5 Theoriegeleitete Metakommunikation im Rahmen des Pflegeprozesses

Die folgende Auseinandersetzung konzentriert sich auf Modelle der Kommunikationswissenschaft, die Impulse und Methoden zur Metakommunikation beinhalten. Anhand der pragmatischen Axiome nach *Watzlawick* et al. wird versucht, die darin enthaltenen Möglichkeiten zur Metakommunikation für den Pflegeprozess ab zu leiten und im Sinn einer Beziehungsförderung zu verdeutlichen. Das Kommunikationsquadrat nach *Schulz von Thun* wird kurz skizziert und anschließend werden Möglichkeiten zur Reflexion anhand der Transaktionsanalyse nach Berne für Interaktionsprozesse beleuchtet. Zusammenfassend wird zum Schluss dieses Kapitels versucht, die von den Kommunikationsmodellen abgeleiteten Aspekte zur Reflexion im Rahmen des Pflegeprozesses zu verdeutlichen.

5.1 Fünf pragmatische Axiome als Impuls zur expliziten Metakommunikation

Anhand der pragmatischen Axiome beschreiben *Watzlawick* et al. wesentliche Dimensionen menschlicher Kommunikation als Grundlage für eine differenzierte Auseinandersetzung. Die Formulierungen haben pragmatische Bedeutung im zwischenmenschlichen Austausch und bieten sich aus diesem Grund als Orientierung für die Metakommunikation von Interaktion im Rahmen des Pflegeprozesses an.

„Man kann nicht nicht kommunizieren“ (*Watzlawick* et al. 1967, zit. n. *Watzlawick* 1974, S. 53). Diese Feststellung ist **erste Grundannahme** und weist als solche auf unterschiedliche Kommunikationskanäle, Deutungsprozesse und Möglichkeiten von Missverständnissen im zwischenmenschlichen Kommunikationsprozess hin. **Das zweite Axiom** untersucht den Gehalt von Mitteilungen und stellt die Annahme auf, dass Mitteilungen einen **Inhalts- und einen Beziehungsaspekt** enthalten. Der

Inhaltsaspekt vermittelt die Daten, der Beziehungsaspekt weist darauf hin, wie die Daten zu verstehen sind. Es wird darauf hingewiesen, dass der Beziehungsaspekt als solcher eine Kommunikation über die Kommunikation darstellt und mit dem Begriff Metakommunikation gleich bedeutend ist (vgl. Watzlawick et al. 1974, S. 55). Wichtig in dieser Auseinandersetzung ist der Hinweis, dass die Beziehungsebene selten bewusst definiert wird, jedoch einen wesentlichen Schwerpunkt darstellt im Moment einer Irritation auf dieser Ebene. *Watzlawick* et al. gehen davon aus, dass bei konfliktreichen Beziehungen, der Beziehungsaspekt in den Vordergrund tritt und je nach Stärke der Irritation, der Inhaltsaspekt an Bedeutung verliert (vgl. Watzlawick et al. 1974, S. 55). Diese Erkenntnis ist der Impuls zur Reflexion von Interaktion auf der Beziehungsebene im Sinne einer expliziten Metakommunikation. Im Rahmen des Pflegeprozesses bedeutet diese Annahme, dass der Problemlösungsprozess aufgrund einer irritierten Beziehung beeinträchtigt werden kann. Definitiv ist dies der Auftrag an die professionelle Gesundheits- und Krankenpflegekraft, Interaktion im Rahmen des Pflegeprozesses zu reflektieren und zu steuern.

Die Interpunktion von Ereignisfolgen als drittes Axiom kennzeichnet die Natur einer Beziehung aus der Perspektive eines unendlich oszillierenden Reiz- und Reaktionsgeschehens als organisiertes Verhalten einer zwischenmenschlichen Interaktion. Dieses Geschehen gewinnt dann an Bedeutung, wenn eine Diskrepanz der Interpunktionen durch unterschiedliche Deutung der Interaktionspartner entsteht und die Kommunikationspartner sich in „zwei verschiedenen Welten“ bewegen (vgl. Watzlawick et al. 1974, S. 57 – 61). Auch hier bringt explizite Metakommunikation, die diesen Prozess reflektiert und bewusst macht, eine Klärung. Auch dieses Axiom hat Bedeutung im Rahmen des Pflegeprozesses, vor allem in Verbindung mit den vorherigen Axiomen, kann die Gesundheits- und Krankenpflegekraft Interaktionsprozesse reflektieren in Bezug auf Inhalt und Beziehung und den unterschiedlichen Interpretationen von Wahrnehmungen.

Das vierte metakommunikative Axiom nach Watzlawick et al. beschreibt die grundsätzlichen Arten der Übermittlung von Botschaften, die **digitale und analoge Kommunikation**. Der Inhaltsaspekt einer Botschaft wird digital – kodifiziert – mit Worten, Zahlen oder ähnlichen Medien vermittelt, der Beziehungsaspekt bedient sich analoger Kommunikationsformen, die durchaus Ähnlichkeit mit den ausgedrückten Wesen oder Dingen haben. Die analoge Kommunikation ist archaisch verwurzelt und besitzt unmittelbare allgemeine Gültigkeit. Menschliche Kommunikation hat digitalen – logischen Aufbau um Inhalte zu vermitteln, diese ist immer begleitet von analoger Beziehungsvermittlung mit semantischem Potential (vgl. Watzlawick et al. 1974, S. 61 – 68). Beide Kommunikationsweisen realisieren sich gemeinsam, ergänzen oder widersprechen sich. Widerspruch in den Kommunikationsmodalitäten wird deutlich, wenn Begegnungen nicht echt erscheinen, nonverbaler und verbaler Ausdruck nicht kongruent sind. Ausgehend davon, dass im Falle einer Irritation auf Beziehungsebene der Inhaltsaspekt in den Hintergrund tritt, braucht es eine explizite Metakommunikation der Beziehungsebene und ein Reflektieren der analogen Signale. So können Missverständnisse vermieden und ein konstruktiver Interaktionsprozess gefördert werden.

Als fünftes Axiom postulieren die Autoren: *„Zwischenmenschliche Kommunikationsabläufe sind entweder symmetrisch oder komplementär, je nachdem, ob die Beziehung zwischen den Partnern auf Gleichheit oder Unterschiedlichkeit beruht.“* (Watzlawick et al. 1974, S. 70) Dieses Axiom öffnet den metakommunikativen Prozess der Ausdifferenzierung von Ungleichheiten aufgrund der Pflegekraft – Patientenrolle im Rahmen des Pflegeprozesses. Internalisierte Rollenmuster der Gesprächspartner und Situationsbezogene Einflüsse können diese Asymmetrie fördern. Eine Patientenzentrierung fordert von der Gesundheits- und Krankenpflegekraft ständige Reflexion, um in der Interaktion diesem Geschehen entgegen zu wirken und eine partnerschaftliche Basis zu fördern.

5.2 Das Kommunikationsquadrat nach Schulz von Thun

Angeregt durch *Watzlawick* et al. skizziert Friedemann *Schulz von Thun* Kommunikation als Quadrat, dessen Seiten folgende Reflexionsaspekte verdeutlichen sollen:

- Die Sachinhaltsseite informiert, gibt über den Inhalt Auskunft.
- Die Selbstoffenbarung gibt Auskunft über die Person.
- Die Beziehungsseite ist beeinflusst davon, wie die Interaktionspartner zueinander stehen.
- Die Appellseite, die etwas veranlassen möchte (vgl. Schulz von Thun 1995, S. 26 – 30).

Der Sachinhalt in diesem Modell ist gleichbedeutend mit *Watzlawick's* Inhaltsaspekt. Die Selbstoffenbarung, die Beziehung und der Appell sind eine weitere Differenzierung des Beziehungsaspektes und geben wie bei *Watzlawick* et al. Hinweis wie die Information zu verstehen ist (vgl. Schulz von Thun 1995, S. 30).

Das Modell geht davon aus, dass jede Nachricht in vierfache Weise auf beide Interaktionspartner wirkt. Dementsprechend werden dem Sender „vier Schnäbel“ und dem Empfänger „vier Ohren“ zugeordnet. Die Qualität eines Gespräches hängt davon ab, in welcher Weise „Schnäbel und Ohren“ zusammen spielen. Durch die Differenzierung von Nachrichten und das Sichtbarmachen von unterschiedlichen Einflüssen auf die Interaktionspartner, regt dieses Modell zur Metakommunikation an und gibt pragmatische Hilfestellung zur Reflexion.

5.3 Die Transaktionsanalyse

Im Rahmen des Pflegeprozesses sollen vor allem die individuellen Wirkungen von systemischen und soziokulturellen Einflüssen reflektiert, erkannt und somit steuerbar gemacht werden. Rollen, internalisierte Rollenbilder, Rollenflexibilität und deren Einflüsse auf Beziehungen müssen im Rahmen des Pflegeprozesses erfasst werden, um bei Bedarf eine Veränderung anzustreben.

Eine Möglichkeit Interaktionszusammenhänge zu reflektieren, die durch internalisierte, tradierte Rollenbilder beeinflusst werden, bietet die Transaktionsanalyse. Die Transaktionsanalyse wurde von Eric Berne (1910 bis 1970) aus der Psychoanalyse abgeleitet. Er entwickelte die ersten Ideen dazu bereits in den fünfziger Jahren. Nach einer populären Veröffentlichung von Thomas A. Harris (Mitarbeiter von Berne) „Ich bin o.k. – Du bist o.k.“ ist die Transaktionsanalyse im deutschsprachigen Raum relativ bekannt geworden. In diesem Werk wird Interaktion, die Grundeinheit aller sozialen Verbindungen, als Transaktion bezeichnet.

Mittels der Transaktionsanalyse können Teile von vielschichtigen, individuellen Signalen beleuchtet werden. Die Methodik die aus der Theorie abgeleitet wurde, bietet Möglichkeiten zur Systematisierung der gewonnenen Informationen. Dadurch können Begriffe, die nach ihrer Definition für jeden der sie gebraucht die gleiche Bedeutung haben, reflektiert werden. Die Transaktionsanalyse wird angewandt als Instrument, um Verhalten und Gefühle besser zu verstehen und Gespräche zu reflektieren.

Die Schlüsselbegriffe der Transaktionsanalyse bilden drei Ich-Zustände.

Die Theorie geht davon aus, dass jeder Mensch aus drei verschiedenen Ich-Zuständen heraus reagieren kann, die bereits in der Kindheit geprägt werden. Anhand der anschließenden Darstellung wird die Theorie der Ich-Zustände verdeutlicht und erörtert (vgl. Harris 1994, S 31-53).

Im Eltern-Ich ist alles gespeichert, was ein Kind seine Eltern tun sah und sagen hörte. Diese Periode wird geprägt vor der sozialen Geburt des Individuums, bevor es mit den Anforderungen der Gesellschaft konfrontiert wird, den Kreis der Familie überschreitet und in die Schule eintritt. Entscheidend ist, dass diese Regeln, ob sie nun im Lichte einer vernünftigen Ethik gut oder schlecht sein mögen, als subjektive Wahrheit aufgezeichnet werden und als Muster zur Verfügung stehen. Das Eltern-Ich beinhaltet Aufzeichnungen von unüberprüft übernommenen Normen aus der frühen Kindheit. Typische Äußerungen, die im Eltern-Ich wurzeln enthalten Wertungen unterschiedlicher Qualität wie beispielsweise

- kritisch: Gebote, Verbote, Regeln, Kritik – „Du musst, du sollst, du darfst nicht!“; mit kritischem Tonfall, fordernd, befehlend, von oben herab, steif, gezwungen, beherrschend.
- fürsorglich: hilfsbereit, mitfühlend, bemutternd; „halb so schlimm, wird schon wieder“; warmherzig, gefühlsvoll; zugewandt, streicheln, auf die Schulter klopfend.
- vorurteilsvoll: moralisierend, unreflektiert wertend; „Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr!“ „Das tut man nicht!“

Das Kindheits-Ich als „eingefühltes Lebenskonzept“ enthält Aufzeichnungen von inneren Ereignissen (Gefühlen) als Reaktion auf äußere, vorwiegend von Mutter und Vater verursachte Ereignisse, wie sie ein Mensch zwischen Geburt und Schulbeginn aufnimmt. Es enthält die Aufzeichnungen der frühen Erfahrungen und die gefühlsmäßigen Reaktionen darauf. Wie das Eltern-Ich, ist auch das Kindheits-Ich ein Zustand, in dem ein Mensch fast jederzeit während seiner alltäglichen Transaktion versetzt werden kann. Das Kindheits-Ich umfasst die Impulse, die ein Kind von Natur aus hat. Ausdrucksmöglichkeiten verbal und nonverbal können zum Beispiel sein –

- angepasst: Gehorchen, benehmen, schuldig fühlen, hilflos, Anerkennen von Autorität, Umgangsformen, sich unterordnend ... "Das ist meine Schuld, hab ich das richtig gemacht? Ich wollte doch nur, ich möchte gerne, aber ... "; zitternde, leise Stimme, demütig, versöhnlich, errötend. Vermeiden von Blickkontakt, nervös, unsicher, unterwürfig.
- natürlich: spontan, unabhängig, kreativ, spielerisch. "Ich will, möchte, wünsche mir, toll, Klasse, super!", begeistert, hell, laut, erregt, überrascht, spontan, entspannt, unkontrolliert.
- trotzig: Widerstand, tut das Gegenteil von dem, was erwartet wird. "Nein das tu ich nicht! Lass mich in Ruh! Ich denk nicht daran!" brüllt, schreit, laut, zerknirscht, zitternd vor Wut, schmollend, regt sich auf, aufbrausend, launenhaft, stampft, schlägt.
- manipulativ: vortäuschen, verstellen, um Zuneigung buhlen; tun als ob, schwindeln, gekünstelt, Schauspielerei.

Das Erwachsenen-Ich ist das Gedachte Lebenskonzept, entwickelt sich ab dem 10. Lebensmonat und enthält als solches eine Aufzeichnung von Informationen, die verarbeitet wurden durch Erkundung, durch Probieren und Überdenken. Das Erwachsenen-Ich bezieht sich auf die Gegenwart, sammelt Informationen, überprüft die gesammelten Daten und trifft sachliche Entscheidungen.

- Überprüft die Impulse, die aus dem EL und KI – Ich kommen.
- Auseinandersetzung mit der gegenwärtigen Realität – reflektiert.
- Sammelt Tatsachen und verarbeitet sie – Abwägen von Vor- und Nachteilen.
- Problem lösend.
- Stellt „W“ – Fragen.
- Definiert die persönliche Meinung als solche, sendet Ich - Botschaften!

- Sachlicher aber nicht unpersönlicher Tonfall, ist aufmerksam und interessiert, mit Blickkontakt, dem Partner zugewandt, setzt Zeichen des Verstehens.

Jedes Gespräch besteht aus einer Vielzahl von Reizen und die darauf folgenden Reaktionen, also aus einer Vielzahl von Transaktionen unterschiedlicher Qualität.

Ziel der Transaktionsanalyse im Kontext des Pflegeprozesses ist es, mehr Klarheit über das eigenen Verhalten und auch mehr Klarheit über den Patienten zu gewinnen. Dies wird erreicht über den Weg zum Erwachsenenverhalten und drückt sich aus durch Verhaltensmerkmale wie

- Verständnis zeigen
- sich entschuldigen
- sachliche Information einholen und geben
- Meinung erkunden
- Gemeinsamkeit schaffen
- Gefühle ansprechen, hinterfragen, verstehen...
- Beziehungen klären

Die Grundeinstellung auf der die Transaktionsanalyse aufbaut ist wie die Klientenzentrierte Gesprächsführung nach *Rogers* gekennzeichnet durch die Wertschätzung der Interaktionspartner. „Ich bin o.k., du bist o.k.“ – Ich bin ein Mensch. Du bist ein Mensch. Durch dich wird Sprache möglich und durch Sprache wird das Denken möglich und durch Denken wird Menschsein möglich. Durch das Du werde Ich wichtig. Darum bin ich wichtig und du bist wichtig. Wenn ich dich entwerte, entwerte ich mich selbst und umgekehrt. Dies ist das Grundprinzip der Lebensanschauung (vgl. Harris 1994, S. 240, 241)

Basierend auf dieser Grundhaltung werden Gespräche, Transaktionen konstruktiv unter Berücksichtigung folgender Aspekte reflektiert:

- Welche Ich-Zustände begegnen sich?
- Welche verbalen Botschaften werden ausgetauscht?
- Welche nonverbalen Botschaften werden gesendet?

Transaktionen können „parallel oder gekreuzt“ verlaufen. Eine parallel verlaufende Transaktion ist dadurch gekennzeichnet, dass die Interaktionspartner die angebotenen Rollen einnehmen und aus dieser Position reagieren. Im Pflegeprozess wären dies beispielsweise eine Rolleineinstellung auf die Eltern-Ich Position der die Gesundheits- und Krankenpflegekraft und die Kindheits-Ich Position aus der der Patient vorwiegend reagiert. In diesem Falle sind Reflexionsprozesse sinnvoll, um eine symmetrische Kommunikation aus der Erwachsenen-Ich Position beider Interaktionspartner herzustellen und einen partnerschaftlichen, vom Patienten selbst gesteuerten Pflegeprozess zu gestalten. Eine parallele Transaktion aus einer Erwachsenen-Ich Position wirkt konstruktiv und Gespräche fördernd. Gekreuzt verlaufende Transaktionen können störende Auswirkungen haben und Konflikte erzeugen. Eine Korrektur dieser Irritation auf der Erwachsenenenebene ist sinnvoll und kann eine konstruktive Rückkreuzung bewirken. (Vgl Harris 1994, S. 84 – 118)

Mit Hilfe der Transaktionsanalyse können vor allem unterschiedliche Aspekte der Rolleneinstellung bewusst gemacht werden.

5.4 Zusammenfassung der theoriegeleiteten Reflexion und deren Anwendung im Pflegeprozess

Eine gezielte Kombination unterschiedlicher Reflexionsmöglichkeiten, die sich an den eben beschriebenen Kommunikationstheorien orientieren, mit unterschiedlicher Akzentuierung und situativer Steuerung im Prozess, kann als eine Möglichkeit gelten, um *Meleis`* Forderung nach unterschiedlichen Interaktionstheorien gerecht zu werden.

Im Kapitel 4 wird die patientenorientierte Gesprächsführung erörtert, welche aus der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie von C.R. *Rogers* (1902-1987) als Grundlage für einen konstruktiven Beziehungsprozess, abgeleitet worden ist und die Basis darstellt, für eine patientenorientierte Problemlösungen im Rahmen des Pflegeprozesses. *Rogers* beschreibt Grundhaltungen wie Wertschätzung, Einfühlungsvermögen und Echtheit als Begegnungsqualitäten und leitet methodische Interventionen für die Gesprächsbegleitung daraus ab, wie das Gestalten von Rahmenbedingungen, das Anwenden von unterschiedlichen Qualitäten des Zuhörens und der Fragestellung. Eine ständige Reflexion vor, während und nach Gesprächen leitet sich als Konsequenz für die Gesundheits- und Krankenpflegekraft daraus ab. Im Sinne der patientenorientierten Gesprächsführung, die vor allem in „Caring Theorien“ beschrieben wird geht es auf der personeller Ebene der Gesundheits- und Krankenpflegekraft darum, ihre Selbstreferenz zu fördern. Selbstreferenz bezeichnet in diesem Zusammenhang die Fähigkeit einer Person Wahrnehmung zu differenzieren, das heißt fremdseelische Wahrnehmungsprozesse von eigenen Anteilen zu trennen. Wertschätzung, Einfühlungsvermögen und Echtheit in der Begegnung brauchen eine ständige Reflexion der Gesundheits- und Krankenpflegekraft, um die aktuelle Beziehung zum Patienten zu klären, Widerstände und Abwehr bewusst zu machen und so für den Patienten eine Basis zu schaffen, damit es zu einer patientenorientierten Problemlösung kommen kann.

Watzlawick et al. und *Schulz von Thun* bieten modellhaft Möglichkeiten zur Reflexion von Interaktion an, vor allem helfen diese Modelle Interaktionssequenzen im Sinne einer expliziten Metakommunikation zu analysieren, Wahrnehmung zu differenzieren und vor allem den Beziehungsaspekt zu beleuchten.

Der Großteil von Rückmeldungen vor allem von nicht geplanten Gesprächen wird nicht direkt und ausdrücklich gegeben, die Interaktionspartner entnehmen sie der Analogkommunikation, die wie schon erwähnt von *Watzlawick* et al. als Metakommunikation im Interaktionsgeschehen zu betrachten ist (vgl. *Watzlawick* et al. 1974, S. 55, 61-68). Beziehungsdefinitionen erfolgen in alltäglichen Gesprächen vorwiegend über indirektes Feedback, dieses kann jedoch in komplexen oder problematischen Situation unzureichend sein oder missverstanden werden. Es kann ein Ausdruck einer Gefühlslage sein, der nicht mit der unmittelbaren Interaktion in Verbindung steht. Analoge Äußerungen können verschieden interpretiert werden und sie können unterschiedlichen Ebenen zugeordnet werden. Zum Beispiel kann ein Lächeln vom Interaktionspartner als Zustimmung, als Unsicherheit oder als Wertung empfunden werden. Es kann mit dem Inhalt des Gespräches in Verbindung gesetzt werden, obwohl es möglicherweise für den Interaktionspartner die Beziehung färbt. Es kann von Gedanken ausgelöst sein, die mit dem Hier und Jetzt nicht direkt in Verbindung stehen. Das bedeutet, dass die Gesundheits- und Krankenpflegekraft, um den Patienten in seiner Situation wirklich zu verstehen, auch informelle Gespräche während des gesamten Pflegeprozesses reflektieren soll. Dies ist vor allem wichtig, wenn Botschaften von Seiten des Patienten auf Irritationen oder Missverständnisse hinweisen. Signale oder Gefühlsäußerungen vom Patienten können bei der Gesundheits- und Krankenpflegekraft Muster oder Prozesse aus der eigenen Lebenswelt anklingen lassen, die nichts mit dem Interaktionspartner zu tun haben. Übertragungsphänomene, unscharfe Wahrnehmungsprozesse, verschwommene, konfluente Beziehungen zwischen Patient und Gesundheits- und Krankenpflegekraft, können durch Reflexion reduziert werden.

Ausgehend davon, dass der Problemlösungsprozess im Rahmen des Pflegeprozesses immer von einem Beziehungsprozess begleitet ist, kommt der Klärung des Beziehungsprozesses durch Reflektieren von Einflussfaktoren auf die unmittelbare Gesprächssituation oder durch gezielte Metakommunikation nach dem Modell von *Watzlawick* et al., nach *Schulz von Thun* oder der Transaktionsanalyse, eine entscheidende Rolle zu. Das Reflektieren von Rollen ist vor allem angezeigt, wenn eine Asymmetrie im Gespräch wahrgenommen wird. Die Transaktionsanalyse bietet Möglichkeiten für die Gesundheits- und Krankenpflegekraft das Rollenverhalten zu reflektieren. Eine Anreicherung dieser Methode mit Wissen über soziokulturelle Einflüsse und Hintergründe erweitert zudem das professionelle Wissen und Handeln einer Gesundheits- und Krankenpflegekraft im Sinne von Madeleine *Leininger*. Wissen über individuelle, systemische und soziokulturelle Einflüsse anhand der bereits beschriebenen Theorien, begleitet von der Fähigkeit Interaktionsprozesse zu steuern und zu reflektieren, bilden die Voraussetzung für die Gesundheits- und Krankenpflegekraft, um in der Situation für den Patienten die passende Intervention treffen zu können.

Das Geben oder Einfordern einer expliziten Rückmeldung in Form eines Feedbacks, das den Aufschluss über die Aufnahme, Interpretation sowie die Wirkung der Kommunikation gibt, ist sicherlich die unmittelbarste Form von Metakommunikation zwischen Interaktionspartnern. In einer Gesprächssituation im Rahmen eines Pflegeprozesses kann Feedback, so wie auch in gruppendynamischen Prozessen, eine Kommunikationsregulation bewirken. Feedback kann zur Steuerung, zur Orientierung und zur Verhaltensvalidierung dienen. Es kann zur Veränderung von Verhalten, Gefühlen, Einstellungen und Wahrnehmung führen (vgl. Rehtien 2007, S. 128). Direktes Feedback geben und einfordern ist eine Möglichkeit im Rahmen eines Gespräches, um eine Klärung im Sinne der Patientenorientierung zu bewirken. Der Einsatz von Feedback in Gesprächssituationen fordert von der Gesundheits- und Krankenpflegekraft viel Gefühl für die Gesamtsituation und Rücksichtnahme auf die Situation der Beteiligten. Explizites Feedback soll konkret, beschreibend

und nicht bewertend sein, es soll gegenseitiges Verstehen sicher stellen und dazu dienen die Interaktion zu verbessern. Im Rahmen des Pflegeprozesses dient es vor allem dazu, den Patienten besser zu verstehen und es soll dem Patienten Orientierung geben, wie die Gesundheits- und Krankenpflegekraft ihn in seiner Situation erfasst hat, damit er dies korrigieren kann. Auf persönlicher Ebene können Missverständnisse vermieden oder geklärt werden. Auch kann eine Rollenkorrektur durch Ansprechen von Wahrgenommenen und durch Aufzeigen von Alternativen vorgenommen werden.

Eine reflektierte Interaktion inkludiert die Reflexion der Gesprächssituation, das Reflektieren von Rahmenbedingungen wie Zeit, Raum und Setting, das Reflektieren der Grundvariablen der personenzentrierten Gesprächsführung mit deren Ausdruck, das Reflektieren des Gesprächsverlaufes und das Reflektieren von Rolleneinstellung und der Rollenflexibilität.

Folgende Reflexionsprozesse begleiten das professionelle Arbeiten der Gesundheits- und Krankenpflegekraft im Rahmen des Pflegeprozesses:

- Reflektieren von Rahmenbedingungen und Gesprächsverlauf
- Die Selbstreflexion der Praktizierenden in Hinblick auf Wahrnehmung, Selbstdistanz und Handlungsfähigkeit
- Reflexion von Signalen die vom Patienten kommen
- Reflexion der Interaktionsprozesse im Rahmen der Pflege in Hinblick auf Inhalts- und Beziehungsaspekte, Symmetrie und Rollen
- Reflexion bezüglich soziokulturelle und systemische Einflüsse und deren Wirkung im aktuellen Pflegeprozess
- Reflektieren von Erkenntnissen aus dem Interaktionsprozess und deren Konsequenzen für den aktuellen Pflegeprozess.

Die Tabelle 5-1 stellt eine Übersicht der bearbeiteten Pflegetheorien dar und verbindet diese mit theoretischen Hintergründen zur Metakommunikation.

Tabelle 5-1: Theoriegeleitete, reflektierte Interaktion im Pflegeprozess

Modell Theoretikerin	Interaktion Patient - Pflegekraft	Interaktion Patient – soziales Netz	Interaktion Patient – Umgebungs- faktoren	Theorie zur Reflexion
Florence Nightingale: Ratgeber für Gesundheits- und Krankenpflege (1877, S. 141 – 153)	„Mit dem Kranken über Dinge reden, die ihm gut tun...“	„Den Patienten vor Leuten schützen, die ihn mit Ratschlägen belästigen...“	Achten auf Einflüsse aus der Umgebung, die den Gesundheitsverlauf positiv beeinflussen wie Luft, Wärme, Ruhe Ernährung und Abwechslung.	Personenzentrierte Interaktion – Reflexion des Beziehungsprozesses und der Rahmenbedingungen – C.R. Rogers
Martha Rogers: Theorie vom Menschen als einheitliches Ganzes, nicht reduzierbar als Teil des Universums. Theoretische Grundlagen der Pflege – Eine Einführung (vgl. 1997, S. 74)	Der Mensch - ein offenes System - Wechselwirkung zwischen den Gesprächspartnern	Einflüsse aus dem sozialen System wirken in der aktuellen Situation auf den Menschen in seiner Gesamtheit.	Ständiger Austausch von Stoffen und Energie	Interpersonale Transaktion – H. S. Sullivan Systemtheoretische Aspekte im Sinne eines offenen Systems beschreiben Reflexionsaspekte aus der Sicht des Sozialbehaviorismus – G.H. Mead
Imogene King: Allgemeines Systemmodell (vgl. King 1981, S.60, Meleis 1999, S. 309, Fawcett 1998, S. 114, 119)	Schwerpunkt der Zielerreichung im Rahmen des Pflegeprozesses liegt auf der Beziehung zwischen Patient und Pflegekraft. Transaktion als zielorientierter Prozess im Sinne eines subjektiven Wahrnehmungs- und Deutungsprozesses – Folge zielgerichteter verbaler und nonverbaler Verhaltensweisen	Das soziale System prägt mit wesentlichen Einflussfaktoren Gesundheit, Wahrnehmung und zwischenmenschliche Beziehungen und in dem Sinne den Pflegeprozess	Der Pflegeprozess ist abhängig vom Charakter der Institution und den Rahmenbedingungen, die zur Verfügung gestellt werden	Personenzentrierte Reflexionsaspekte Metakommunikative Deutungstheorien – Watzlawick, Schulz von Thun Systemtheoretische Reflexionsaspekte – Transaktionsanalyse

Modell Theoretikerin	Interaktion Patient - Pflegerkraft	Interaktion Patient – soziales Netz	Interaktion Patient – Umgebungs- faktoren	Theorie zur Reflexion
Ida Orlando: Pflege- prozess- theorie Die lebendige Beziehung zwischen Pflegerinnen und Patienten. (vgl. Orlando 1996, S.13- 20, Meleis 1999, S. 534, 35)	Lebendige, offene Beziehung zwischen Patient und Pflegerkraft als Voraussetzung für den Pflegeprozess. Professionalität in der Pflege kennzeichnet sich aus durch bewusstes Wahrnehmen von Gefühlen und Gedanken, um überlegt zu handeln	Die soziale Entwicklung beeinflusst die aktuelle Gesprächssit- uation Der Lebenskontext als wesentlicher Einflussfaktor einer Interaktion	Rahmenbedin- gungen beeinflussen- den Pflegeprozess	Personenzentrierte Interaktion, C.R. <i>Rogers</i> Reflektieren von Interaktion – <i>Watzlawick, Schulz von Thun</i>
Josephine G. Paterson, Loretta T. Zderad: Humanistisch e Pflege (vgl. Paterson, Zderad 1999, S. 12, Meleis 1999, S. 550, 553)	Gelebter Dialog zwischen Patient und Pflegerkraft – Kontakt, Begegnung und Beziehung sind Voraussetzung für einen patientenorientier- ten Pflegeprozess	Die soziale Entwicklung beeinflusst die aktuelle Gesprächssit- uation. Der Lebenskontext ist wesentlicher Einflussfaktor jeder Interaktion.	Rahmenbedin- gungen beeinflussen- den Pflegeprozess.	Personenzentrierte Interaktion, C.R. <i>Rogers</i> Reflektieren von Interaktion – <i>Watzlawick, Schulz von Thun</i>
Ernestine Wiedenbach: Die helfende Kunst der Krankenpflege (vgl. Meleis 1999, S. 572, 573, 576)	Subjektive Wahrnehmungs- und Deutungs- prozesse - Klärung der Phänomene und deren Hilfestellung durch Klärung der Bedeutung für den Patienten durch die Pflegerkraft – Patientenorient- ierung!	Die soziale Entwicklung beeinflusst die aktuelle Gesprächssit- uation Der Lebenskontext als wesentlicher Einflussfaktor einer Interaktion	Rahmenbedin- gungen beeinflussen- den Pflegeprozess	Personenzentrierte Interaktion, C.R. <i>Rogers</i> Reflektieren von Interaktion – <i>Watzlawick, Schulz von Thun</i>

Modell Theoretikerin	Interaktion Patient – Pflegekraft	Interaktion Patient – soziales Netz	Interaktion Patient – Umgebungs- faktoren	Theorie zur Reflexion
Kirsten Swanson: Empirical Development Of A Middle Range Theory Of Caring (vgl. Swanson 1991, S. 161-166)	Identifikation von fünf „Caring Prozessen“ als grundsätzliche Ziele im Pflegeprozess 1. Maintaining belief – Zuversicht und Selbstvertrauen fördern 2. Knowing – den Menschen in seiner Situation und Wirklichkeit Kennenlernen. 3. Being with – emotionale Präsenz 4. Doing for – etwas für jemanden tun 5. Enabling – Befähigen = Wohlbefinden des Patienten	Der Patient wird als Teil eines sozialen Netzwerkes erfasst. Einflüsse aufgrund familiärer Belastungen werden im Pflegeprozess berücksichtigt.	Rahmenbedingungen wie Zeit, Raum und Atmosphäre werden als Einflussfaktoren bewusst gemacht und konstruktiv gestaltet.	Reflexionsaspekte im Sinne der Personenzentrierten Gesprächsführung nach C.R. Rogers Metakommunikative Deutung – Watzlawick, Klärungshilfen nach Schulz von Thun, Transaktionsanalyse
Madeleine Leininger: Sunrise Model (vgl. Leininger 1998, S. 35, 36, 53, 54, 67,68, 69,72,73)	Aufgreifen kulturspezifischer Elemente von Fürsorge Der Pflegeprozess basiert auf emischem Fürsorgewissen der Pflegekraft in Verbindung mit Pflegewissen und der aktuellen Interaktion zwischen Pflegekraft und Patient	Kulturspezifische Fürsorge beschreibt Pflege als Phänomen das geprägt ist von Familie und Gesellschaft. Normen und Werte einer Kultur werden im Pflegeprozess berücksichtigt.	Es wird versucht auch in Institutionen vertraute Umgebung herzustellen.	Theoriehintergrund aus dem Symbolischen Interaktionismus Reflektieren von Rollen und deren Einflüsse im sozialen Kontext und auf aktuelle Interaktion bzw. Situation des Patienten Transaktionsanalyse angereichert mit kulturspezifischem Wissen
Marie-Luise Friedemann: Familien und Umweltbezogene Pflege (vgl. Friedemann 1996, S. 19 – 46)	Im Interaktionsprozess zielt die Pflegekraft darauf ab, den Patienten in seiner Kongruenz zu fördern, um Stabilität zu erreichen und Wachstum zu ermöglichen	Familie sind all jene Menschen, die der Patient als zugehörig bestimmt. Familie und Familienprozesse werden aktiv in den Pflegeprozess integriert.	Wechselwirkung zwischen den Systemen Individuum – Familie – politisch/soziale Systeme, Biosysteme, Gebäude, Gegenstände	Interpersonelle Theorie nach Sullivan Reflexionsaspekte aus der Systemtheorie

6 Reflektierte Interaktion als Grundlage für einen konstruktiven Pflegeprozess

Sowohl Pflege-theorien großer Reichweite, als auch Pflegemodelle mittlerer Reichweite, die konkrete Verbindung zur Praxis herstellen, verbinden mit reflektierter Interaktion Patientenorientierung, Qualität und Professionalität. Es stellt sich nun die Frage: Welchen Stellenwert erhält die reflektierte Interaktion im Rahmen des Beziehungs- beziehungsweise Pflegeprozesses von Gesundheits- und Krankenpflegefachkräften?

6.1 Artikelbearbeitung

Die folgenden Artikel aus deutschsprachigen Pflegefachzeitschriften sind unter dem Schlagwort „Pflegeprozess“, im Zeitraum von 1997 bis 2007, in der Datenbank der Bibliothek der Gesundheits- und Krankenpflegeschule Rudolfinerhaus Wien erschienen. Die Artikel beleuchten den Pflegeprozess als Arbeitsmethode mit unterschiedlicher Fokussierung. Schwerpunkt dieser Auseinandersetzung wird auf den Beziehungsprozess als Teil des Pflegeprozesses gelegt. Der konkrete Bearbeitungsprozess orientiert sich an den zu Beginn gestellten Fragen:

- Wird der Interaktionsprozess reflektiert?
- Wie wird von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegekräften der Beziehungsprozess als Teil des Pflegeprozesses reflektiert?
- Welche Konsequenzen ergeben sich durch die Erkenntnisse aus der Reflexion für den Pflegeprozess?

SCHÖNINGER, Ute; ZEGELIN-ABT, Angelika: Hat der Pflegeprozess ausgedient? In: Die Schwester/Der Pfleger 37. Jahrg. 4/1998, S. 305 - 310

Der Artikel diskutiert die Bedeutung des Pflegeprozesses für die Praxis der „deutschen Pflege“ und fokussiert die Vorteile eines systematischen Vorgehens

im Sinne der Professionalisierung. Die Frage, ob sich das Problemlösungsverfahren zur Gestaltung einer komplexen Beziehung eignet, wird anfangs gestellt. Die Autorinnen sehen im Pflegeprozess einen unverzichtbaren Innovationsschub in Richtung Patientenorientierung, jedoch weisen sie auch darauf hin, dass die Konzentrierung auf den Problemlösungsprozess zwangsläufig zu einer sachlich den Menschen objektivierenden Beziehung führen kann. Sie unterstreichen diese Feststellung und beziehen sich auf Greb, Deeny und Mc Kenna (1997) die postulieren, dass personenzentrierte Pflege mehr ist als das Arbeiten mittels eines Problem- und Maßnahmenkatalogs und dass die Arbeitsmethode zwar die Einheitlichkeit von Pflege fördert, was jedoch nicht der Pflegerealität entspricht. Pflegebedürfnisse werden so globalisiert und die Pflege eines Individuums wird in Einzelschritte zerlegt, was wiederum dem Bestreben nach einem konstruktiven Synergieeffekt, der durch eine ganzheitliche Betrachtung des Menschen entstehen kann, widerspricht. Sie fordern die Anreicherung des Problemlösungsprozesses durch andere Methoden, die durch interaktiv dialogisches Vorgehen das einführende Verstehen von individuellen Patientensituationen fördern. Ein bildlicher Vorschlag zum Pflegeprozess wird von folgender Feststellung unterstrichen: *„Innerhalb einer gemeinsamen Wegstrecke finden ständig und parallel Prozesse der Einschätzung, Entscheidung, des Aushandelns, der Zielsetzung, des Handelns oder Bewertens statt.“* (Schöninger, Zegelin 1998, S. 307)

Abschließend unterstreichen die Autorinnen die Forderung, dass die Pflege ihr Methodenrepertoire erweitern muss, um dem komplexen Aufgabengebiet gerecht zu werden.

ZEGELIN-ABT, Angelika: Noch einmal: der Pflegeprozess. In: Die Schwester/Der Pfleger 39. Jahrg. 6/2000, S. 500, 501

Die Autorin bezieht sich auf den eben behandelten Artikel, der viele Diskussionen in der Fachwelt ausgelöst hat. Sie macht deutlich, dass nichts

dagegen spricht die Methodik des Problemlösungsprozesses anzuwenden, dass jedoch der Problemlösungsprozess erweitert werden muss, um dem Anspruch nach Patientenorientierung gerecht zu werden. *Zegelin-Abt* beschreibt eine Erweiterung des Pflegeprozesses, in dem sie die Dimension „Verstehen und Aushandeln“ dazu fügt. Sie versteht darunter, das Kennenlernen, das Herstellen einer Beziehung und ein gemeinsames Definieren der Situation mit dem Patienten. Dazu werden beispielhaft sechs Schritte des Gesprächs angeführt, wobei die Fragestellung offen gehalten ist. Der sechste Schritt rundet das Verstehen und Aushandeln mit dem Patienten ab, durch ein gemeinsames Reflektieren der Situation mit dem Patienten.

TROGRIC, Alois: Der Pflegeprozess. Das Kerngeschäft der Pflege. In: *Krankenpflege* 11/2002, S. 16 - 19

Ein Stationsleiter analysiert den Pflegeprozess als Arbeitsinstrument auf seiner Abteilung. Dazu fokussiert er die Systematik der Problemlösung in Form einer Erhebung des Ich-Zustandes und versucht anschließend eine Qualitätsverbesserung zu fördern. Einerseits werden inhaltliche Daten bezüglich Ausführlichkeit und Zeitpunkt in Verbindung mit dem Assessment beleuchtet, andererseits werden Wissenshintergründe und Erfahrungen der Mitarbeiter in der Anwendung der Prozessplanung reflektiert. Er kommt zu dem Ergebnis, dass sich durch das Arbeiten anhand der Prozessschritte die Zusammenarbeit zwischen Patient, Angehöriger und den Pflegenden verbessert und sich das Wohlbefinden der Heimbewohner steigert. Er berichtet auch, dass durch das Erheben von Pflegebedürfnissen die Pflege ganzheitlicher und individueller gestaltet wird. Der Beziehungsprozess als solches wird nicht beleuchtet, es wird auch nicht reflektiert wie Bedürfnisorientierung, Ganzheitlichkeit und Individualität in Verbindung mit dem Pflegeprozess von der Gesundheits- und Krankenpflegekraft hergestellt wird.

KÜHNE-PONESCH, Silvia: Situationserfassung im Pflegeprozess. In: Pflegenetz 01/2003, S. 12, 13

„Nach wie vor wird der Pflegeprozess als invariante, lineare Folge von Handlungsschritten zur zielgerichteten Strukturierung pflegerischer Arbeit gesehen.“ Mit dieser Feststellung leitet Kühne-Ponesch eine kritische Auseinandersetzung ein. Sie bezieht sich auf den Artikel von *Schöninger und Zegelin-Abt*, die wie schon erwähnt das zu rationalistische und zweckneutrale Konzept methodisch erweitern, um eine Bedürfnisorientierung im Sinne einer Patientenzentrierung herzustellen. Sie stellt fest, dass der Pflegeprozess als Beziehungsprozess verstanden werden kann und eine gemeinsame Planung zwischen Gesundheits- und Krankenpflegekraft und Patient unter anderem Sensibilität und Kompetenz erfordert. Das Erheben pflegerelevanter Informationen mittels Checklisten und Formulare verleitet dazu eine pflegezentrierte Sichtweise zu beleuchten. Die Autorin weist auf die Notwendigkeit eines interaktiven-dialogischen Vorgehens hin und fordert von der Gesundheits- und Krankenpflegekraft Fähigkeiten zur sinnlichen Wahrnehmung, der Empathie, zu assoziativen Denken und Erfahrungswissen. In diesem Sinne braucht der Pflegeprozess Vertiefung.

MORAWE-BECKER, Ursula: Die Pflegevisite – regelmäßig mit dem Patienten über seinen Pflegeprozess sprechen. In: Die Schwester/Der Pfleger 43. Jahrg. 1/2004, S. 8 - 11

„Der Schwerpunkt der Pflegevisite besteht in einer gemeinsamen Beurteilung, Reflexion und Bewertung der einzelnen Schritte des Pflegeprozesses. und der Patient ist aktiver Teilnehmer.“ So definiert die Autorin und hält fest, dass die Pflegevisite ein Instrument zur Qualitätssicherung darstellt und die Ziele verfolgt die Ergebnisse der ausgeführten Maßnahmen zu beurteilen und auch eine Prozessorientierung und Reflexion auf der Beziehungsebene mit ein bezieht. Die Reflexion auf der Beziehungsebene hat folgende Aspekte aufgezeigt: „Das hierarchische Rollenverständnis wird bei der Pflegevisite durchbrochen ...“

Bezug nehmend auf Bieg (1995) weist die Autorin darauf hin, dass durch die Aufgabe von bekannten Rollen Unsicherheit entsteht und die bei den Praktizierenden aktive und passive Widerstände auslöst. Ein Wahrnehmungs- und Bewusstwerdungsprozess im Dialog des Visiteteams kann dem entgegen wirken. Der Patient wird in den Mittelpunkt gestellt, die betreuende Gesundheits- und Krankenpflegekraft ist Bindeglied und moderiert das Visitengespräch. Hier wird eine symmetrische Interaktion als Grundlage für einen partnerschaftlichen, patientenorientierten Pflegeprozess deutlich. Stufen der Pflegevisite werden angeführt und diese beinhalten durchaus Reflexionsprozesse. Die 1. Stufe behandelt das Vorgespräch in dem Information gesammelt wird und die Aufgabe zur Moderation während des Gespräches definiert wird. Die 2. Stufe, die eigentliche Pflegevisite beim Patienten, ist das Kernstück, das gekennzeichnet ist durch konstruktiven Austausch und einer „Gesprächsebene auf gleicher Höhe“. *„Die größte Anforderung ist nun bei der Bezugspflegekraft bezüglich Kommunikation, Interaktion und Moderation des Gesprächs.“* (Morawe-Becker 2004, S. 10)

Auch die Rückmeldung von Seiten des Patienten wird eingeplant. Das Nachgespräch findet als 3. Stufe wieder ohne Patienten als „Expertenrunde“ statt und reflektiert die Pflegevisite, um die resultierenden Änderungen zu dokumentieren. Verbesserungsvorschläge und Lösungsmöglichkeiten werden mit dem Patienten abgesprochen. Diese Abhandlung macht offensichtlich, dass neben der fachlich Auseinandersetzung im Sinne einer inhaltlichen Prozessevaluation der kommunikativen Ebene große Bedeutung beigemessen wird. Die Autorin sieht die Pflegevisite als dynamischen Prozess ständiger Reflexion zur Verbesserung und Weiterentwicklung.

BÖLICHE, Klaus: Die Fallbesprechung in der Pflege. In: Die Schwester/Der Pfleger 43. Jahrg. 1/2004, S. 12 - 16

Diese Abhandlung macht den Unterschied zur Pflegevisite deutlich und beschreibt die Fallbesprechung als Möglichkeit für Patienten mit besonderem

Pflegebedarf oder spezifischen Problemstellungen. Der Autor beschreibt die Fallbesprechung als klientenorientiertes Kommunikations- und Evaluationsinstrument, um im Team durch gemeinsame, moderierte Reflexion Möglichkeiten und Lösungen für den Pflegeprozess zu erarbeiten. Der Austausch, die Analyse und Evaluation findet im Pflegeteam oder im multiprofessionellem Team als sogenannte Expertenreflexion statt, für welche Rahmenbedingungen wie Raum, Zeit, Ablauf und Moderation geplant werden. Die so erarbeiteten Erkenntnisse werden mit dem Patienten besprochen und in den Pflegeprozess aufgenommen. Ein Feedback bezüglich der Wirkung wird dem Expertenteam zurück gemeldet.

HEERING; Christian: Pflegevisite und das Gefühl von Kontrolle über die Situation. In: Die Schwester/Der Pfleger 43. Jahrg. 6/2004, S. 448 - 453

Der Artikel beschreibt eine Studie, die klären soll, ob der „Rapport mit den Patienten“ wirklich dazu beiträgt, dass die Patienten sich aktiver an Entscheidungsfindungen bezüglich ihrer Pflege beteiligen. Mittels Literaturrecherche wurden die bisher bekannten Formen des „Rapportes mit Patienten“ sowie der charakteristische Merkmale definiert. Diese Analyse ergab vier Determinanten: Informationsfluss, die Qualität der pflegerischen Beziehung, Verminderung von Wissens- und Kompetenzdefizit und die Übergabe eines gewissen Grades von Entscheidungsmacht von den Pflegenden an die Patienten. Gemessen wurde anhand einer indirekten Messmethode dem „Locus of control“ – ob und wie weit sich die Kontrollüberzeugung nach Bandura (1969), differenziert in eine internale, eine soziale und eine fatalistische, während des Krankenhausaufenthaltes verändert. Mit dem für den Lebensbereich „Gesundheit-Krankheit“ entwickelten und validierten Selbsteinschätzungsbogen „KKG“ von Lohaus und Schmitt (1989) wurde einmal zu Beginn und am Ende des Krankenhausaufenthaltes (einer chirurgischen Klinik) in einem Zeitraum von 3 Monaten gemessen. 61 Datensets waren auswertbar, wovon 29 der Interventionsgruppe und 32 der Kontrollgruppe angehören. Die Auswertung der Kontrollüberzeugungsdaten brachte folgende Ergebnisse: Die Mittelwerte der

internalen Kontrollüberzeugungen in der Interventionsgruppe zeigte eine signifikanten Abfall zwischen Aufnahme und Entlassung, während die Kontrollgruppe einen Anstieg verzeichnete. Die Mittelwerte der sozialen Kontrollüberzeugung in der Interventionsgruppe veränderten sich nicht, während auch hier die Kontrollgruppe einen Anstieg zwischen Aufnahme und Entlassung zeigte. Die Mittelwerte der fatalistischen Kontrollüberzeugung stiegen in der Interventionsgruppe an und in der Kontrollgruppe fielen sie signifikant ab. Daraus wird gefolgert, dass die Dienstübergabe mit dem Patienten, so wie sie in diesem Setting praktiziert wurde nicht den erwarteten Erfolg brachte. Die Datenlage lässt sogar einen Umkehrschluss zu, dass diejenigen Patienten, bei denen die Dienstübergabe mit den Patienten gemacht wurde, am Entlassungstag weniger das Gefühl von Kontrolle über ihre Situation verspüren als am Aufnahmetag. Unterschiedliche Einflussfaktoren, die das Ergebnis beeinflusst haben könnten werden aufgezeigt und es wird festgehalten, dass die Ergebnisse nicht generalisierbar sind (fehlende Randomisierung sowie Abweichungen von Sample-Merkmalen zur Gesamtpopulation). Wichtig für diese Auseinandersetzung erscheinen folgende Überlegungen:

- Es wurde nicht grundsätzlich eine Einverständniserklärung in der Interventionsgruppe eingeholt. Möglicherweise nahmen Patienten widerstrebend an der Dienstübergabe teil.
- Möglicherweise orientierten sich die Gespräche vorwiegend an medizinischen Inhalten, anstatt an pflegerischen, patientenorientierten Prozessen. Obwohl Pflegekräfte behaupten die Patienten gezielt mit einzubeziehen, scheint diese Absicht noch nicht praktiziert zu werden. Dies kann bewirken, dass wenn das Gespräch sich vorwiegend an medizinisch relevanten Informationen und auf die Patientendokumentation konzentriert, die Patienten sich noch mehr fremdbestimmt fühlen, als ohne Dienstübergabe beim Patienten.
- Die Studie hat auch nicht überprüft, ob und wie es den Patienten ermöglicht wurde mitzureden.

- Die Schwere der Erkrankung dürfte einen nicht unerheblichen Einfluss haben. Dabei sollte nicht nur aus objektiven Erwägungen heraus eingeschätzt werden, sondern diese Einschätzung ist vom subjektiven Erleben und Empfinden zu betrachten.
- Letztendlich ist zu überlegen, ob eine Berichtsübergabe nicht zu trennen ist von einer eigentlichen Pflegevisite, die von einer echten Mitsprache und Patientenzentrierung ausgeht..

BARTHOLOMEYCZIK, Sabine; MORGENSTERN, Maria: Qualitätsdimensionen in der Pflegedokumentation – eine standardisierte Analyse von Dokumenten in Altenpflegeheimen. In Pflege 2004; 17, S. 187 - 195

Im Rahmen einer Untersuchung der Qualität von Pflegedokumentationen in Frankfurter Altenpflegeheimen wurden 279 Dokumente ausgewertet. Die wichtigsten Fragestellungen beziehen sich auf die Vollständigkeit und die Prozessbezogenheit der Dokumentation. Folgende wesentlichen Ergebnisse werden festgehalten: Der am besten genutzte Teil der Dokumentation ist das Assessment - vor allem werden körperbezogene Probleme, Fähigkeiten und Hilfsmittel angeführt. In der Regel ist weder die Bewohnerperspektive noch die Quelle der Information ersichtlich. In den Planungen finden sich vorwiegend Maßnahmen, jedoch ist der Bezug zum Assessment häufig nicht nachvollziehbar. Die Förderung von Ressourcen wird nur teilweise geplant. Im Verlaufsbericht findet sich selten die Entwicklung von Bewohnern. Am stärksten vernachlässigt ist die Evaluation. Die Autorinnen weisen für die Interpretation der Ergebnisse darauf hin, dass der Zusammenhang zwischen Qualität der Dokumentation und der Qualität der Pflege nicht geklärt ist. Keinesfalls kann von einer guten Dokumentation auf eine gute Pflege, beziehungsweise von einer schlechten Dokumentation auf eine schlechte Pflege geschlossen werden. Jedoch kann eine gute Dokumentation als eine gute Voraussetzung für eine qualitativ hochstehende direkte Pflege gesehen werden.

GÜNNEWIG, Michael: Vom Problem zur Pflegediagnose. Eine Übersicht über die Pflegediagnostik. In: Die Schwester/Der Pfleger 44. Jahrg. 5/2005, S. 378 - 382

Der Artikel gibt ausschließlich und auch nur rudimentär eine Übersicht von Möglichkeiten zur Pflegeklassifizierung. Es wird darauf hingewiesen, dass diese Klassifizierungsinstrumente auch die Gefahr einer asymmetrischen Beziehung zwischen Patient und Gesundheits- und Krankenpflegekraft mit sich bringen können. Der Autor sieht im Einbeziehen des Patienten im Rahmen von Patientenbesprechungen und Pflegevisiten eine Möglichkeit, um Diagnosestellungen kritisch zu überprüfen.

BECKE; Holger, HEINLEIN, Susanne: Das pflegerische Erstgespräch. Ein Grundstein professioneller Pflege. In: Die Schwester/Der Pfleger 44. Jahrg. 12/2005, S.948 - 953

Der Artikel bearbeitet das pflegerische Erstgespräch, als eine Möglichkeit Patienten zu begrüßen und ihnen noch vor dem Anamnesegegespräch erste Informationen zu geben. Dadurch soll ein positiver erster Eindruck vermittelt werden. Es soll ein Grundstein sein für eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Patient und therapeutischen Team und eine Chance, für den Austausch wichtiger Informationen zu Beginn des Krankenhausaufenthaltes. Eine klinikumsweite Evaluation der pflegerischen Erstgespräche wurde, über einem Zeitraum von 20 Wochen und 17 Einzelkliniken durchgeführt. Die Datenanalyse konzentrierte sich auf die Kriterien Form, Inhalt und Qualität. Die Veranschaulichung, inwieweit die Gesprächsführung und deren Dokumentation den aktuellen Anforderungen entsprechen zeigte, dass eine zeitgemäße und verantwortungsvolle Pflege ohne professionelle, reflektierte Gespräche undenkbar ist.

Als „Erstgespräch“ bezeichnen die Autoren das erste Element eine Kette von Gesprächen, ein Grundstein für eine vertrauensvolle Beziehung. Sie fordern

dazu das Anwenden von allgemeinen Regeln, die eine „gute“ Kommunikation fördern wie beispielsweise das Sich - Vorstellen der Gesundheits- und Krankenpflegekraft, das Mitteilen des Gesprächsgrundes und eine Begegnung in wertschätzender Haltung. Die Fragestellung im Rahmen dieses Gespräches soll so gestellt werden, dass sie den Patienten veranlasst, über seine Lebenssituation zu berichten. Außerdem werden Rahmenbedingungen wie Intimsphäre und ein Zeitraum von 20 bis 30 Minuten festgelegt.

Es wird festgestellt, dass individuelle Inhalte leicht ins Hintertreffen geraten und der Umfang, den Gespräche in der Praxis haben, sich zu wenig in der Dokumentation wieder spiegelt. Meist werden nur die von den Standardbögen geforderten Informationen festgehalten. Eine Überarbeitung der Dokumentationsinstrumente unter Berücksichtigung von individuellen Bedürfnissen der Patienten wird vorgeschlagen. Fortbildungsangebote für Mitarbeiter zur Steigerung der Gesprächskompetenz und auch das Führen von pflegerischen Abschlussgesprächen waren Forderungen, die sich durch diesen Evaluationsprozess ergaben.

SCHREMS, Berta: Der Pflegeprozess im Kontext der Professionalisierung. In: PrINTERNet 01/2006, S. 44 - 52

Berta Schrems reflektiert in dieser Auseinandersetzung das problematische Verhältnis von Pflegepraxis und Pflegeprozess, um daraus theoriegeleitete Möglichkeiten zur Optimierung abzuleiten. Einleitend wird festgestellt, dass obwohl die Meinungen zur Praxistauglichkeit des Pflegeprozesses immer noch geteilt sind, dieser jedoch noch nie so sicher in der Pflege verankert war wie heute. Diese Feststellung wird einerseits begründet durch die Forderung von mehr Professionalisierung im Sinne von theoriegeleiteten, nachvollziehbaren und reflektierten Handeln in der Pflege, andererseits aufgrund von Kostendebatten die Effizienzforderungen an die Dienstleistung stellt. Die Autorin definiert den Pflegeprozess als Prozess, der sich aus deduktiv und induktiv gewonnenen Daten zusammensetzt. Von theoretischer Seite wird

Wissen über das begründete, prozesshafte Verfahren zur Erhebung, Planung, Durchführung und Evaluation verlangt sowie Wissen über Theorien und Konzepte. Auf praktischer Ebene werden die Ergebnisse aus den individuellen Prozessen zur Gewinnung von Erkenntnis genützt. Als eine mögliche Ursache für das problematische Verhältnis von Pflegeprozess und Praxis wird genannt, dass die durch prozessorientiertes Arbeiten geforderten Bedingungen wie persönliche, zeitliche und fachliche Kontinuität, oft nicht den Logiken der Praxis entsprechen. *„Der Einhaltung der logischen Abfolge der Schritte im Pflegeprozess steht in der Praxis die Notwendigkeit zur ständigen Improvisation gegenüber.“* (Schrems 2006, S. 45) Als eine weitere Ursache für den geringen Erfolg nennt die Autorin, dass durch eine vereinfachte Betrachtung des kybernetischen Regelkreises im Sinne des Problemlösungsprozesses, eine unzulässige Reduktion von menschlicher Realität passiert und die Sicht aufs Ganze verstellt wird. In der Abhandlung wird dem Pflegeprozess ein einfaches Handlungsmodells gegenüber gestellt, was unter anderen zu folgender Schlussfolgerung veranlasst:

„Die Abschaffung des Pflegeprozesses ist nicht möglich, weil der Pflegeprozess und der ihm zu Grunde liegende kybernetische Regelkreis keine Methode sind, sondern eine vereinfachte Darstellung von menschlichen Erkenntnisprozessen und von intendiertem Handeln.“ (Latimer 1995, S. 214, zit. n. Schrems 2006, S. 50).

Eine Professionalisierung des Pflegeprozesses sieht die Autorin als Möglichkeit, die Problematik zu vermindern und skizziert dafür den Pflegeprozess als Doppelhelix. Als zwei parallel laufende, schraubig sich einander verbindende Spiralen, wovon ein Strang den methodische Anteil darstellt – das Beobachten – Intervenieren – Beobachten, der zweite Strang definiert den inhaltlichen Anteil – Anamnese – Diagnose – Maßnahmenplanung – Evaluation. Die Verbindung dieser beiden Stränge wird laut *Schrems*, durch den Zweck der Interaktion bestimmt. Das meint, von Seiten des Patienten werden das Selbstpflegedefizit und vorhandene Ressourcen definiert und von Seiten der Pflegekraft werden Kompetenzen zur Erfassung des Pflegebedarfes, Wissen und Kenntnis von

Interventionsmöglichkeiten definiert, die Begründung der definitiv angewendeten Pflegeinterventionen stellen aus dieser Sicht die Verbindung beider Prozesse dar.

Schrems fokussiert die Betrachtung der IST – Soll Unterschiede von einzelnen Prozessschritten, um daraus den Pflegebedarf zu definieren. Die Abweichung zwischen dem ursprünglich festgestellten Pflegebedarf und dem der realen Situation, dokumentiert den für den Verlauf bedeutsamen Unterschied. Neu dieser Betrachtung ist nicht die Methode des Beobachtens, sondern die Fokussierung auf die bedeutsamen Unterschiede. Die Autorin sieht darin eine Möglichkeit, die Widersprüche von Improvisation und festgelegter Logik abzuschwächen. Der Pflegeprozess kann dadurch als Begründungsinstrument pflegerischen Handelns zum Leistungsnachweis herangezogen werden. Ein wesentlicher Faktor dabei ist auch, dass vor allem der Evaluation die notwendige und entscheidende Beachtung geschenkt wird.

In diesem Artikel werden überdies Kompetenzen sichtbar gemacht, die wichtig sind, um Pflegeprozesse komplex, patientenorientiert und kompetent zu gestalten. Daraus werden Nutzungsmöglichkeiten für die Informationsgewinnung, die Handlungsanleitung und Optimierung der internen Kommunikation, Begründungsprozesse für den Leistungsnachweis, Beurteilungsprozesse und organisatorisch Gestaltungsprinzipien abgeleitet.

STEFAN, et al.: Die Verantwortlichkeiten verändern sich. Die Rolle des Pflegeprozesses bei der Bewältigung der neuen Herausforderungen. In: PROCARE 4/2006, S. 30 - 34

Durch den Pflegeprozess kann wissenschaftliches Handeln im Sinne von Transparenz, Nachvollziehbarkeit, Vernünftigkeit und Kommunizierbarkeit wirken. Dies stellen die Autoren dieses Artikels fest und sehen den Pflegeprozess als Brücke zwischen pflegewissenschaftlichem Wissen und Praxis. Der Pflegeprozess wird in dieser Abhandlung als Rahmen dargestellt,

der einerseits das qualitätsbewusste Pflegewissen beinhaltet und andererseits die Notwendigkeit einer individuellen, bedürfnisorientierten Pflege von Patienten umfasst. Eine transparente Prozessstruktur macht Information auch interdisziplinär verfügbar. Patientenorientierung im Zusammenhang mit dem Pflegeprozess beschreiben die Autoren als Bemühung, das Wissen einer breiten Wissensbasis auf den Patienten aus zu richten. Die Auswirkungen des Pflegeprozesses für Patienten werden als systematische Einbindung der Patientenperspektive in alle Pflegeaktivitäten, was für den Patienten Einheitlichkeit, Kontinuität und Nachvollziehbarkeit bedeutet und so Zufriedenheit und Wohlbefinden fördert. Von den Pflegenden verlangt der Pflegeprozess die gleichzeitige Anwendung von Wissen, kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten, Empathie, Intuition und Erfahrung. Durch Assessment und Evaluation soll sicher gestellt werden, dass trotz aller Standardisierung im Pflegealltag die individuelle Situation des Patienten berücksichtigt wird. Die Autoren fokussieren vor allem Vorteile für den Patienten, die Pflegenden und auch die Institutionen und halten abrundend praktische Erfahrungen mit dem Pflegeprozess aus unterschiedlichen Ländern fest.

BUSCHER, Ines: Den situativen Selbstpflegebedarf aufdecken. Theoriegeleiteter Pflegeprozess nach Orem – Protokoll einer Umsetzung. In: Pflegezeitschrift 5/2007, S. 246 - 249

Einleitend wird der Pflegeprozess als Problemlösungsprozess theoriegeleitet fundiert und erhält den metaparadigmatischen Rahmen Orem's. Anhand der von Orem beschriebenen Schritte des Pflegeprozesses wird eine Patientensituation betrachtet. Sie stellt fest, dass die praktizierte Prozessplanung, die Partizipation mit dem Patienten, sowie die Einbeziehung von Angehörigen vernachlässigt werden. Dadurch bleibt die Selbstpflegefähigkeit meist ungenützt. Um einen theoriegeleiteten Pflegeprozess umsetzen zu können, wurden im Team Rahmenbedingungen fest gelegt und Mitarbeiter mit den Grundlagen der Selbstpflege-theorie nach Orem vertraut gemacht. Durch theoriegeleitetes,

patientenorientiertes Planen und Arbeiten, konnten die Selbstpflegefähigkeiten optimal gefördert werden. Letztendlich stellt die Autorin fest, dass theoriegeleitetes Arbeiten auch die Berufszufriedenheit der Pflegekräfte steigert.

WIETECK, Pia: Pflegeprozess detailliert und aktuell abbilden. Dokumentation mithilfe der standardisierten Pflegefachsprache ENP. In: Pflegezeitschrift 5/2007, S. 257 - 259

Die Autorin stellt „European Nursing care Pathways (ENP)“ - eine standardisierte Pflegeklassifikation vor, als Hilfestellung für die Gesundheits- und Krankenpflegekraft, um die Pflegeprozessdokumentation zu erleichtern. Durch sinnvolle Integration dieser Pflegeklassifikation in Softwarelösungen, können Uneinheitlichkeiten und Diskontinuitäten in der Pflegeplanung korrigiert werden. Die Dokumentation wird erleichtert und hilfreiche Daten für unterschiedliche Auswertungen stehen zur Verfügung.

MÜLLER-STAU, et al.: Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnisse – Anwendung und Auswirkungen auf die Pflegepraxis: eine systematische Literaturübersicht. In: Pflege 2007; 20, S. 352 - 371

Der Artikel beschreibt eine systematische Literaturübersicht zu den Auswirkungen der Pflegediagnostik, deren Genauigkeit, Vollständigkeit und die Kohärenz von Diagnostik, Intervention und Ergebnis. Medline, Cinahl und Cochrane 1982 – 2004 bildeten die Datenbasis und wurden durch Grundlagenartikel und Tagungsberichten ergänzt. 36 Artikel wurden einer thematischen Inhaltsanalyse unterzogen und die Ergebnisse wurden in vier Kategorien eingeordnet.

1. Auswirkung von Pflegediagnostik auf die Qualität der dokumentierten Patienten-Assessments lässt trotz unterschiedlicher und schwer vergleichbarer Studiendesigns die Tendenz erkennen, dass durch

Pflegediagnostik die Qualität von dokumentiertem Patienten-Assessment erhöht wird.

2. Häufigkeit der Dokumentation von Pflegediagnosen: Studien deuten darauf hin, dass sich Pflegediagnosen im Anschluss an die Einführung der Pflegediagnostik in der Dokumentation finden, aber Auswahl und Häufigkeit je nach Setting variieren.
3. Genauigkeit dokumentierter Pflegediagnosen: Vierzehn Studien stimmten hinsichtlich eines Mangels an genau formulierten Pflegediagnosen einschließlich deren Symptome und Einflussfaktoren überein.
4. Kohärenz zwischen dokumentierter Pflegediagnosen, deren Interventionen und Auswirkung auf den Patienten: Die Forscherinnen kamen letztendlich zu dem Schluss, dass die Pflegedokumentation sich innerhalb dieser Kategorie in allen Studien verbessert hat. Eine signifikante Verbesserung von tatsächlich pflegeabhängigen Ergebnissen fand sich in zwei Studien. In zwei von vier Studien war unklar, ob sich die Verbesserung wirklich auf Patientenergebnisse oder lediglich auf die Dokumentation bezieht.

Entsprechend der Ergebnisse werden Schulungen zur Erhöhung der diagnostischen Genauigkeit empfohlen. Das Festlegen von Diagnosebezeichnungen genügt nicht für das Erfassen der Bedürfnisse von Patienten. Vor allem soll das diagnostische Denken, beruhend auf der Identifikation von Zeichen/Symptomen und deren Ätiologie/Einflussfaktoren, als ein integraler Bestandteil des Pflegeprozesses geschult werden. Die Kohärenz zwischen Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnissen leitet sich aus der Ätiologie (den Einflussfaktoren) ab. Dadurch kann eine Auswahl von spezifisch wirksamen Pflegeinterventionen getroffen werden und zu besseren Ergebnissen führen.

6.2 Erkenntnisse aus der Artikelbearbeitung

Schöninger und *Zegelin-Abt* weisen auf das Paradoxon hin, mit einer objektivierenden Methodik eine patientenorientierte Pflege gestalten zu wollen. Sie sehen in der Erweiterung des Pflegeprozessmodells, um die Dimension „Verstehen und Aushandeln“, dem zu entgegen. Sie definieren den Gesamtprozess als eine gemeinsame Wegstrecke von Patient und Pflegekraft, die jedoch mehrere parallel laufende Prozesse enthält (vgl. *Schöninger, Zegelin-Abt* 1998, S. 307) In einem weiteren Artikel skizziert *Zegelin-Abt* einen erweiterten Prozessvorschlag, in dem sie am Anfang des Prozesses den Block des „Verstehen und Aushandeln“ beschreibt. Dieser erfordert das Herstellen einer Beziehung und dafür definiert die Autorin sechs Schritte des Gesprächs. Durch offene Fragen werden die Situation, die Bedürfnisse, Gewohnheiten, Fähigkeiten und Prioritäten definiert. Der letzte Schritt fordert eine gemeinsame Prozessreflexion mit dem Patienten (vgl. *Zegelin-Abt* 2000, S. 500, 501)

Trogrlic fokussiert die Methodik des Problemlösungsanteil und dessen Dokumentation in Hinblick auf die Auswirkung auf die Pflegequalität. Er kommt zu dem Schluss, dass sich die Anwendung des Prozesses positiv auf Mitarbeiter und Bewohner auswirkt, er fordert eine Bedürfnisorientierung abgestimmt auf den Patienten, der Beziehungsanteil wird jedoch nicht explizit bearbeitet (vgl. *Trogrlic* 2002, S. 16-19).

Nach *Kühne-Ponesch* kann Pflege als Beziehungsprozess verstanden werden. Dies verlangt, dass die Gesundheits- und Krankenpflegekraft, den Prozess gemeinsam mit dem Patienten plant. Die Gesundheits- und Krankenpflegekraft braucht dazu Kompetenzen in Hinblick auf das interaktiv-dialogische Vorgehen, um die Wahrnehmungsfähigkeit, die Empathie, das assoziative Denken und das Erfahrungswissen zu fördern. Die Autorin fordert situativ hermeneutisches Situationsverstehen in den Pflegeprozess zu integrieren (vgl. *Kühne-Ponesch* 2003, S. 12,13).

Morawe-Becker beschreibt die Pflegevisite als ein Instrument zur Qualitätssicherung. Diese gemeinsame Reflexion und Bewertung des Pflegeprozesses von Gesundheits- und Krankenpflegekraft und Patient, fördert die Patientenorientierung und schließt auch eine Reflexion auf Beziehungsebene mit ein. Folgende Aspekte werden reflektiert: das Rollenverständnis, Widerstände, die Aufgabe zur Moderation von Seiten der Gesundheits- und Krankenpflegekraft und die Symmetrie der Interaktion im Sinne eines partnerschaftlichen Prozesses. Dies fordert von der Gesundheits- und Krankenpflegekraft Kompetenzen für eine fachliche und zwischenmenschliche Auseinandersetzung. Sie braucht auch Fähigkeiten für eine Prozessevaluation auf der kommunikativen Ebene (vgl. Morawe-Becker 2004, S. 8-11).

Der Artikel von Klaus *Bölicke* thematisiert die Fallbesprechung in der Pflege als Expertenreflexion, durch die klientenorientierte Lösungen erarbeitet und nach Rücksprache mit dem Patienten in den Pflegeprozess aufgenommen werden (vgl. Bölicke 2004, S. 12-16).

Heerings Artikel beschreibt eine Studie, welche die Auswirkung der Pflegevisite auf das Gefühl der Kontrolle über die Situation klären soll. Das Ergebnis dieser Arbeit war, dass die Pflegevisite, so wie sie in diesem Rahmen durchgeführt wurde, nicht den erwarteten Erfolg brachte. Die Datenlage lässt sogar einen Umkehrschluss zu, die Patienten, die in die Dienstübergabe involviert waren, hatten im Vergleich zur Kontrollgruppe sogar am Entlassungstag weniger das Gefühl von Kontrolle über die Situation, als am Aufnahmetag. Die Überlegungen zu den Einflüssen auf die Ergebnis (siehe Artikelbeschreibung Kapitel 6.1.) weisen darauf hin, dass sicherlich zu wenig Überlegungen in der Planung und Durchführung der Studie in Hinblick auf die Klientenzentrierung im Auswahlverfahren, Gesprächsführung, Setting, Moderation und Reflexion stattgefunden hat.

Auch *Bartholomeyczik* und *Morgenstern* kommen im Rahmen einer Dokumentenanalyse zu dem Ergebnis, dass zwar das Assessment der best genutzte Teil der Dokumentation ist und körperbezogene Daten angeführt werden, jedoch sind in der Regel weder die Bewohnerperspektiven, noch die Quellen der Information ersichtlich. In der Planung befinden sich häufig Maßnahmen ohne Bezug zum Assessment. Ressourcen werden nur teilweise geplant und im Verlaufsbericht findet sich selten die Entwicklung von Bewohnern. Am stärksten wird die Evaluation in der Dokumentation vernachlässigt. Die Verfasserinnen weisen darauf hin, dass Mängel in der Dokumentation jedoch nicht in direktem Zusammenhang mit der Qualität der Pflege gebracht werden können (vgl. Bartholomeyczik und Morgenstern 2004, S. 187 – 195).

Günnewig weist in seinem Artikel „Vom Problem der Pflegediagnostik“ darauf hin, dass Instrumente zur Pflegeklassifizierung die Gefahr einer asymmetrischen Beziehung zum Patienten fördern können und empfiehlt den Einbezug des Patienten in Form von regelmäßigen Patientenbesprechungen und Pflegevisiten, um dem entgegen zu wirken (vgl. Günnewig 2005, S. 378-382).

Becke und *Heinlein* beschreiben das pflegerische Erstgespräch zur Kontaktaufnahme als einen Grundstein für eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Patient und Gesundheits- und Krankenpflegekraft. Die Autoren fordern dafür ein Reflektieren von Rahmenbedingungen und Haltung, um Wertschätzung und Vertrauen zu vermitteln. Auch fordern sie ein Überarbeiten der Dokumentationsinstrumente, so dass diese die individuellen Bedürfnisse der Patienten berücksichtigen. Schulungs- und Fortbildungsangebote für Mitarbeiter, um die Qualität professioneller Gespräche zu fördern, stellen eine weitere Forderung dar (vgl. Becke, Heinlein 2005, S. 948 – 953).

Berta *Schrems* definiert den Pflegeprozess als differenziertes, reflektiertes prozessuales Geschehen, das aus zwei parallel laufenden Prozessen besteht,

welche durch begründete Interaktionen verbunden werden. Der induktive Prozessanteil beschreibt das Erfassen der individuellen Patientensituation, das Pflegewissen wird deduktiv abgeleitet, um patientenorientiert angewendet zu werden. Für die Bedarfserhebung werden die Ist – Soll – Unterschiede im Verlauf der Prozessschritte betrachtet, begründet und dokumentiert. Die Begründungen der definitiven Pflegeschritte, stellen die Verbindung beider Prozesse dar. Durch die Begründung entsteht die individuelle situative Anpassung von Pflegewissen auf den Patientenbedarf. Dafür ist das Anwenden einer professionell, reflektierten, begründeten für alle nachvollziehbaren Logik im Prozess hilfreich. So würde die Tendenz zur Improvisation vermindert.

Auch *Stefan* et al. sehen den Pflegeprozess als methodische Grundlage, um Pflegewissen mit der Praxis zu verbinden. Durch Begründen von pflegerischem Handeln, wird dies für alle nachvollziehbar gemacht. Die Qualität der Pflege und die interdisziplinäre Zusammenarbeit werden gefördert. Ständiges Assessment und Evaluieren wird die Individualisierung hergestellt, der Patienten in den Prozess miteinbezogen und seine Selbststeuerung forciert (vgl. *Stefan* et al. 2006, S. 30 – 32).

Ines Buscher verbindet die Methode des Problemlösungsprozesses mit den metaparadigmatischen Forderungen *Orems* und erzielt dadurch eine Patientenorientierung und eine Förderung der Selbstpflegefähigkeit. Eine systematische Literaturübersicht, welche Auswirkung und Zusammenhänge von Pflegediagnosen, -interventionen, -ergebnisse und deren Anwendung beleuchtet, beschreibt vor allem einen Mangel an Bewohnerperspektiven, wenig Verbindung innerhalb der Prozessschritte und eine Vernachlässigung der Evaluation (vgl. *Müller-Staub* et al. 2007, S. 369).

7 Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Die hier bearbeiteten Theorien für die Gesundheits- und Krankenpflege verbinden mit dem Pflegeprozess eine sehr komplexe Interaktion. In Form von theoretischen Impulsen werden Haltung und Qualität von Austauschprozessen festgehalten und theoriegeleitete Methoden zur Reflexion / Metakommunikation aufgezeigt. Die Grundhaltung der Theoretikerinnen für die Interaktion zwischen Patient und Gesundheits- und Krankenpflegekraft ist durchwegs geprägt von dem Menschenbild der humanistischen Psychologie, das davon ausgeht, dass jeder Mensch eine einzigartige, grundsätzlich konstruktive Person mit subjektivem Erleben und Bedürfnissen ist, dass der Mensch eine lebenslange Fähigkeit zu Wachstum und Entwicklung hat und dass Selbstreflexion ein grundlegendes, menschliches Bedürfnis ist. Für den interpersonellen Austausch im Rahmen des Pflegeprozesses bietet sich demnach, wenn es darum geht den Menschen in seiner Gesamtheit zu erfassen und die Pflege bedürfnisgerecht abzustimmen, die klientenzentrierte Gesprächsführung an. Die drei Grundhaltungen des personenzentrierten Ansatzes, die unterschiedlichen Qualitäten des Zuhörens und das Steuern des Gespräches mittels vorwiegend offener Fragen verlangen von der Gesundheits- und Krankenpflegekraft neben methodischen Kompetenzen auch die Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung und Selbstreflexion.

In den von *Swanson* verfassten Artikeln werden klare Interaktionsqualitäten mit den dazugehörenden Interventionen und Rahmenbedingungen modellhaft im Sinne einer personenzentrierten Pflege / Fürsorge beschrieben. Da die Beschreibung auf den Ergebnissen dreier Forschungsprozesse basiert, sind die daraus abgeleiteten „Caring-Prozesse“ sicherlich übertragbar auf Pflegeprozesse für Personen in perinatalen Situationen. Zusammenfassend lässt sich fest halten, dass in diesem Modell mittlerer Reichweite Haltung, Methoden und Reflexionsaspekte konkretisiert werden, die Interaktionsabläufe begleiten müssen, damit tatsächlich eine Patientenorientierung gewährleistet ist.

Die Werke der Pflegeetheoretikerinnen machen auch auf soziokulturelle und systemische Einflüsse aufmerksam. Interaktion im Rahmen des Pflegeprozesses ist demnach auch aus dieser Perspektive zu reflektieren. Aus der Sicht des Sozialbehaviorismus ist Interaktion ein kooperativer Prozess in Gesellschaftsstrukturen, mit definierten Symbolen und Rollen und der menschlichen Fähigkeit der „Rollenflexibilität“. Reflektieren dieser Einflüsse legt eine Auseinandersetzung mit Theoriehintergründen von George H. *Mead* nahe.

Systemtheoretische Zusammenhänge und deren Auswirkungen werden hier dargestellt anhand von *Friedemanns* Auseinandersetzung mit Gesundheit, Krankheit und Pflege in Familien.

Durch Madeleine *Leininger's* Auseinandersetzung mit den kulturellen Dimensionen menschlicher Pflege wird bewusst, wie komplex Interaktion im Rahmen des Pflegeprozesses ist. Dadurch wird deutlich, dass komplexes Wissen, personelle Kompetenz der Gesundheits- und Krankenpflegekraft und die Bereitschaft zur Reflexion Voraussetzungen dafür sind, um einen Pflegeprozess bedürfnisgerecht, patientenorientiert und professionell zu gestalten.

Es lässt sich feststellen, dass Gesprächs- und Beratungskompetenz in Verbindung mit methodisch geleiteten Reflexionen vor, während und nach Gesprächen, zur professionellen Kompetenz einer Gesundheits- und Krankenpflegekraft gehören. Personelle Kompetenzen wie Rollenflexibilität, die Fähigkeit Kontakt herzustellen und Pflegebeziehungen aufzubauen, das Ausjonglieren zwischen Nähe und Distanz, das Erkennen unterschiedlicher Phänomene von Widerstand und Abwehr und der sensible Umgang mit diesen Phänomenen sind entscheidende Einflussfaktoren auf den Pflegeprozess. Das Dokumentieren von wesentlichen Erkenntnissen und Ergebnissen aus Gesprächen sichert patientenorientierte Pflegeprozesse.

Eine umfassende Metakommunikation beinhaltet außerdem den Austausch von differenzierten Reflexionsaspekten unter Kollegen, um möglichst viele Perspektiven zu beleuchten und so dem Patienten in seiner Gesamtheit und Vielschichtigkeit gerecht werden zu können. Metakommunikation als professionelles Instrument fordert die Bereitschaft jeder Gesundheits- und Krankenpflegekraft zur Selbstreflexion, fordert Beziehungsfähigkeit, Kreativität und Ausdrucksfähigkeit. Ausbildung und Fortbildung, die diese Kompetenzen methodisch fördern und erklären, sind Voraussetzung dafür.

Kontinuierliche Fallbesprechungen in Form von Praxisreflexion, Intervision und Supervision begleiten und fördern die professionelle Kompetenz und die Arbeitszufriedenheit der Gesundheits- und Krankenpflegekraft.

Wird, beziehungsweise wie wird der Beziehungsprozess reflektiert und welche Konsequenzen ergeben sich daraus?

Durch die Bearbeitung von Artikeln aus Fachzeitschriften zu dem Thema Pflegeprozess lässt sich festhalten, dass in den Artikeln vorwiegend der Problemlösungsanteil beleuchtet wird. Interessant ist, dass gleichzeitig jedoch im Pflegeprozess die Möglichkeit gesehen wird, die Bedürfnisorientierung und Patientenorientierung zu fördern. Da Patientenorientierung nicht ohne Kennenlernen des Patienten durch Kontaktaufnahme und Beziehungsaufbau realisiert werden kann, wird implizit in jedem dieser Artikel der Beziehungsprozess zum Thema. Wiederholt wird festgehalten, dass vor allem durch Patientenorientierung die Pflegequalität verbessert werden kann. Ein Artikel weist darauf hin, dass Mängel in der Prozessdokumentation nicht direkt mit Mängel der Pflegequalität gleich zu setzen sind. Das würde bedeuten, dass Pflegendе durchaus differenzierte Prozesse mit den Patienten gestalten, jedoch eher intuitiv und nicht dokumentiert. Artikel die den Beziehungsprozess thematisieren, fordern mehr Schulung von Gesprächs- und Reflexionskompetenzen. Konkrete Reflexionsansätze im Sinne einer Metakommunikation als gezielte Möglichkeit den Pflegeprozess zu optimieren, fordern *Schöninger* und *Zegelin-Abt* im Prozess des Verstehens und

Aushandelns, *Kühne-Ponesch* indem sie vorschlägt, situativ hermeneutisches Situationsverstehen in den Pflegeprozess zu integrieren. Auch die von *Schrems* definierte begründete Interaktionen, welche den individuell abgeleiteten Prozess mit Pflegewissen verbindet, basiert in der Umsetzung auf einer reflektierten Interaktion, die zwischen Patient- und Gesundheits- und Krankenpflegekraft statt findet und von der Fachkraft gesteuert wird.

Berta *Schrems* skizziert dazu die strukturelle Integration des reflektierten Beziehungsanteils in den Pflegeprozess als Doppelhelix, deren Verbindung durch begründete Interaktion bestimmt wird. Das Festhalten dieser Begründung verbindet den Prozess des subjektiven Erfassens und Verstehens mit Pflegewissen und macht Pflege planmäßig, für alle nachvollziehbar, diskutierbar und kompetent.

Es ist zu erkennen, dass obwohl es die Theoretikerinnen fordern und durchaus Modelle da sind, die Möglichkeiten zur Reflexion aufzeigen, der Beziehungsanteil in der Struktur des Pflegeprozess vernachlässigt wird und noch wenig differenzierten Ausdruck findet.

Die Gesundheits- und Krankenpflegekraft soll nicht nur das, was sie tut benennen, sondern auch fest halten können, welche Überlegungen die Entscheidungsfindung begleiten. Die wesentlichen Reflexionsaspekte, die den Beziehungsprozess begleiten, sollen zur Nachvollziehbarkeit der Entscheidungsfindung oder als Begründung der individualisierten Wissensanwendung im Pflegeprozess festgehalten werden. Dazu braucht es noch Maßnahmen zur Förderung und Schulung der Gesundheits- und Krankenpflegekraft, um diese zu befähigen, die Interaktionsprozesse explizit und differenziert zu reflektieren und die wesentlichen Aspekte davon fest zu halten.

Ein gezieltes Erweitern, Differenzieren und Vertiefen der Interaktionskompetenz von Gesundheits- und Krankenpflegekräften, wie es Roswitha *Engel*

durch die Konstruktion eines Integrierten Ausbildungscurriculums aufzeigt, ist sicherlich notwendig. Eine weitere Möglichkeit liegt sicherlich im Vertiefen, Intensivieren und Ausschöpfen aller Möglichkeiten, die im Rahmen des bestehenden Curriculum vorhanden sind. Vor allem wäre es wichtig, dass die Lehrenden differenzierte Reflexionsprozesse methodisch und modellhaft in den Unterricht integrieren.

8 Literaturverzeichnis

BARTHOLOMEYCZIK, Sabine; MORGENSTERN, Maria: Qualitätsdimensionen in der Pflegedokumentation – eine standardisierte Analyse von Dokumenten in Altenpflegeheimen. In Pflege 2004; 17. Bern: Verlag Hans Huber, S. 187 – 195.

BECKE; Holger, HEINLEIN, Susanne: Das pflegerische Erstgespräch. Ein Grundstein professioneller Pflege. In: Die Schwester/Der Pfleger 44. Jahrg. 12/2005, S.948 – 953.

BÖLICHE, Klaus: Die Fallbesprechung in der Pflege. In: Die Schwester/Der Pfleger 43. Jahrg. 1/2004, S. 12 – 16.

BROBST, Ruth et al.: Der Pflegeprozess in der Praxis. 2. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, 2007.

BUSCHER, Ines: Den situativen Selbstpflegebedarf aufdecken. Theoriegeleiteter Pflegeprozess nach Orem – Protokoll einer Umsetzung. In: Pflegezeitschrift 5/2007, S. 246 – 249.

DUDEN: Deutsches Universalwörterbuch. 6. überarbeitete Auflage. Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich: Dudenverlag, 2007.

ENGEL, Roswitha: Gesundheitsberatung in der Pflege. Einführende Konzepte und integriertes Ausbildungscurriculum. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG, 2006.

FAWCETT, Jacqueline: Konzeptuelle Modelle der Pflege im Überblick. 2. Auflage. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber, 1998.

FRIEDEMANN, Marie-Luise: Familien- und umweltbezogene Pflege. Die Theorie des systemischen Gleichgewichts. Bern: Verlag Hans Huber, 1996.

GÜNNEWIG, Michael: Vom Problem zur Pflegediagnose. Eine Übersicht über die Pflegediagnostik. In: Die Schwester/Der Pfleger 44. Jahrg. 5/2005, S. 378 – 382.

HARRIS; A. Thomas: Ich bin o.k.- Du bist o.k.. Eine Einführung in die Transaktionsanalyse. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag, 1994.

HEERING; Christian: Pflegevisite und das Gefühl von Kontrolle über die Situation. In: Die Schwester/Der Pfleger 43. Jahrg. 6/2004, S. 448 – 453.

KING, Imogene M.: A theory of nursing. Systems, concepts, process. New York: John Wiley & Sons, 1990.

KÜHNE-PONESCH, Silvia: Situationserfassung im Pflegeprozess. In: Pflegenetz 01/2003, S. 12, 13.

LEININGER, Madeleine: Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege. Freiburg: Lambertus Verlag, 1998.

LEONI-SCHEIBER, Claudia: Der angewandte Pflegeprozess. Wien: Facultas Universitätsverlag, 2004.

MASLOW, Abraham A.: Psychologie des Seins. 2. Auflage. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 1994.

MEAD, George H.: Geist, Identität und Gesellschaft. 9. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Verlag, 1993.

MELEIS, Afaf Ibrahim: Pflegeetheorie. Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege. Bern: Hans Huber Verlag, 1999.

MORAWE-BECKER, Ursula: Die Pflegevisite – regelmäßig mit dem Patienten über seinen Pflegeprozess sprechen. In: Die Schwester/Der Pfleger 43. Jahrg. 1/2004, S. 8 – 11.

MÜLLER-STAUß, et al.: Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnisse – Anwendung und Auswirkungen auf die Pflegepraxis: eine systematische Literaturübersicht. In: Pflege 2007; 20, Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, S. 352 – 371.

NIGHTINGALE, Florence: Ratgeber für Gesundheits- und Krankenpflege. 2. Auflage. Leipzig: F.H. Brockhaus, 1877.

ORLANDO, Ida Jean: Die lebendige Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten. Bern: Verlag Hans Huber, 1996.

PATERSON, Josephine G.; ZDERAD, Loretta T.: Humanistische Pflege. Bern: Verlag Hans Huber, 1999.

RECHTIEN, Wolfgang: Angewandte Gruppendynamik. München: Quintessenz Verlag, 1992.

RECHTIEN, Wolfgang: Angewandte Gruppendynamik. 4. vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Verlag, 2007

ROGERS, Carl R.: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuchverlag, 1983.

ROGERS, Carl R.: Die Grundlagen des personenzentrierten Ansatzes. In: Zeitschrift für Sozialpsychologie und Gruppendynamik. Jahrgang 6 / Heft 2, Wien: Eigenverlag der Psychologischen Gesellschaft für Persönlichkeits- und Organisationsentwicklung. November 1981, S. 4 – 16.

ROGERS, Martha: Theoretische Grundlagen der Pflege. 2. überarbeitete Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag, 1997

SCHÖNINGER, Ute; ZEGELIN-ABT, Angelika: Hat der Pflegeprozess ausgedient? In: Die Schwester/Der Pfleger 37. Jahrg. 4/1998, S. 305 – 310.

SCHREMS, Berta: Der Prozess des Diagnostizierens in der Pflege. Wien: Facultasverlag, 2003.

SCHREMS, Berta: Der Pflegeprozess im Kontext der Professionalisierung. In: PrINTERNet 01/2006, S. 44 – 52.

SCHULZ VON THUN, Friedemann: Miteinander Reden 1. Störungen und Klärungen. Hamburg: Rowolth Taschenbuchverlag, 1995.

SCHWAMBERGER, Helmut: Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe. Wien: Verlag Österreich, 2006.

SEEL, Mechthild: Die Pflege des Menschen. 3. vollständig überarbeitete Auflage. Hagen: Brigitte Kunz Verlag, 1998.

STEFAN, et al.: Die Verantwortlichkeiten verändern sich. Die Rolle des Pflegeprozesses bei der Bewältigung der neuen Herausforderungen. In: PROCARE 4/2006, S. 30 – 34.

SULLIVAN, Harry S.: Die interpersonale Theorie der Psychiatrie. Frankfurt: Fischer Taschenbuchverlag, 1980.

SWANSON, Kirsten M.: Empirical Development of a Middle Range Theory of Caring. In: Nursing Research, 1991, 40(3), S. 161 – 166.

SWANSON, Kirsten M.: Nursing as Informed Caring for the Well-Being of Others. In: Image: Journal of Nursing Scholarship, 1993, 25(4), S. 352-357.

TROGRIC, Alois: Der Pflegeprozess. Das Kerngeschäft der Pflege. In: Krankenpflege 11/2002, S. 16 – 19.

WATZLAWICK, Paul; BEAVIN, Janet H.; JACKSON, Don D.: Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. Vierte, unveränderte Auflage. Bern-Stuttgart-Wien: Verlag Hans Huber, 1974.

WEISS-FASZBINDER, Susanne; LUST, Alexandra: Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG. 3. durchgesehene und ergänzte Auflage. Wien: Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung, 2000.

WIENINGER, Johann: Klientenzentrierte Gesprächsführung. In: BAUER, Rüdiger; JEHL, Rainer (Hg.): Humanistische Pflege. Stuttgart: Schattauer Verlag, 2000, S. 45 – 54.

WIETECK, Pia: Pflegeprozess detailliert und aktuell abbilden. Dokumentation mithilfe der standardisierten Pflegefachsprache ENP. In: Pflegezeitschrift 5/2007, S. 257 – 259.

ZEGELIN-ABT, Angelika: Noch einmal: der Pflegeprozess. In: Die Schwester/Der Pfleger 39. Jahrg. 6/2000, S. 500, 501.

Curriculum vitae

Eva Mayer

06.04.1958

in Mittersill (Salzburg) geboren

Ausbildungen

1980

Diplom an der allg. Gesundheits- und
Krankenpflegeschule Zell am See
Weiterbildung Stationsleitung –

1983

Kardinal Schwarzenberg'sches
Krankenhaus Schwarzach

1990

Studienberechtigung für den Bereich
Biologie und Erdwissenschaften an der
Universität Wien

1992 – 1995

Integrative Supervisionsausbildung,
Fritz Perls Institut Düsseldorf – Pro
Senectute Wien

2003 – 2005

Universitätslehrgang für Lehrerinnen
für Gesundheits- und Krankenpflege an
der Universität Wien – Akademie für
Fortbildungen in der Pflege AKH Wien

2005

Studienberechtigung für Pädagogik an
der Universität Wien

2005 bis 2009

IDS Pflegewissenschaft

Praktische Tätigkeiten

1973 – 1977

Berufstätigkeit als Bankangestellte

1980 – 1986

Dipl. Gesundheits- und Kranken-
schwester am A.ö. KH Zell am See (4

Jahre	Stationsleitung	der
		Kinderabteilung)
1986 + 1987	Rudolfinerhaus Wien, DGKS auf einer chirurgischen Abteilung	
1992 – 2001	Allg. öffentl. Krankenhaus Korneuburg, DGKS – Frauenheilkunde (4 Jahre Stationsleitung)	
2001 – 2005	Lehrerin für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege am Vinzentinum, Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege am KH der Barmherzigen Schwestern in Wien	
Seit 2005	Akademische Lehrerin für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege an der Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege am Wilhelminenspital	