



universität  
wien

# MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Ekel bei Auszubildenden in der Gesundheits- und  
Krankenpflege – Eine qualitative Untersuchung  
im tertiären Bildungssektor“

verfasst von / submitted by  
Sandra Schwarz, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of  
Master of Science (MSc)

Wien, 2023 / Vienna 2023

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

UA 066 330

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

Masterstudium Pflegewissenschaft

Betreut von / Supervisor:

Mag. Dr. Berta Maria Schrems, M.A. Priv. Doz.

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Bei der täglichen Arbeit mit Menschen werden Pflegende und Auszubildende mit ekel-erregenden Situationen konfrontiert. Ekel als Tabu-Thema in der Gesundheits- und Krankenpflege stellt eine Herausforderung dar. Das Dilemma zwischen dem Ekelempfinden und den Erwartungen an Pflegepersonen führt zu physischen und psychischen Auswirkungen, die weiterführend handlungsrelevant werden können. In diesem Kontext zielt die folgende Untersuchung darauf ab, das Ekelempfinden von Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege während ihrer praktischen Tätigkeit zu erforschen, um ein tieferes Verständnis für das Phänomen zu erhalten und den Auszubildenden langfristige Handlungsfähigkeit zu ermöglichen.

**Methode:** Die Datenerhebung der an der Phänomenologie orientierten qualitativen Untersuchung fand durch Triangulation der Diary Method und leitfadengestützter Interviews statt. Sechs Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege der Fachhochschule Wiener Neustadt hielten drei Monate lang während der Praktika mittels des Online-Tagebuchs *Monkkee* ihre Erlebnisse zu Ekel schriftlich fest. Die Analyse der Tagebücher und Interviews erfolgte anhand der thematischen Analyse nach Braun und Clarke (2022).

**Ergebnisse:** Ekel erscheint in drei verschiedenen Formen. Beschrieben werden der klassische Ekel gegenüber Ausscheidungen und Keimbelastung, der soziale Ekel bedingt durch bestimmte Lebensumstände und Verhalten von Patient:innen und Personen aus dem Gesundheitswesen sowie der sexuelle Ekel bei übergriffigem Verhalten. Faktoren, wie Gewöhnung, Erfolgserlebnisse, persönliche Vorlieben und Abneigungen, sensorische Einschränkung sowie Fachwissen wirken sich auf das Ekelempfinden aus. Die Studierenden betrachten das Gefühl des Ekels als normal und individuell, betonen jedoch die Notwendigkeit, es zu enttabuisieren, da es ein integraler Bestandteil des pflegerischen Alltags ist. Verschiedene Strategien, wie Hygiene, Geruchseindämmung, Reflexionen und Distanzgewinnung können den Umgang mit Ekel erleichtern. Den Studierenden gelingt es jedoch nicht immer, handlungsfähig zu bleiben, weshalb Pflegehandlungen teilweise abgebrochen werden.

**Schlussfolgerung:** Studierende konnten durch die Studienteilnahme individuelle Ekel-Auslöser identifizieren und setzten entsprechende Gegenmaßnahmen. Professionelles Verhalten ist Voraussetzung für Vertrauen und eine gute Pflegebeziehung. Die Heterogenität des Ekels bei Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege und die Vulnerabilität der zu Betreuenden erschwert es, allgemein formulierte Strategien für Auszubildende zu generieren. Es braucht Offenheit im Austausch und weitere Forschung, um das Phänomen Ekel im Kontext der Pflege in ein Konzept einzubetten.

**Schlüsselwörter:** Pflege, Auszubildende, Ekel, Erleben, Strategien

## Abstract

**Background:** During their work with patients, nurses and nursing students get confronted with disgusting situations. Disgust, as a common taboo in nursing, challenges caregivers. The dilemma between the feeling of disgust and society's expectation of the profession to keep hiding it lead to physical and psychological burden, which can influence the ability to keep on acting. The aim of this study is to determine experience of disgust through nursing students during their internship to get a deeper understanding of this phenomenon and to reveal coping strategies for nursing students to maintain their action ability.

**Method:** This phenomenological oriented qualitative research is based on a method-triangulation through diary method and interviews. Six nursing students from the university of applied sciences Wiener Neustadt used the webbased diary *Monkkee* to record their experiences with disgust over three months during their internship. The analysis of the data is based on thematic analysis by Braun and Clarke (2022).

**Results:** Disgust appears in three different forms. Students describe classic disgust caused by feces and germ contamination, social disgust due to certain life circumstances and patient's or healthcare worker's behavior and sexual disgust as a consequence of assaultive behavior. Habituation, experience of success, personal interest and aversions, sensory limitations and knowledge affect the experience of disgust. Disgust is a normal, individual feeling and a part of nursing, which needs to be de-tabooed. Strategies including hygiene, odor management, reflections and gaining distance can reduce disgust. Despite that students have to interrupt the intervention, when they are not able to find appropriate strategies to remain the ability of acting.

**Conclusion:** Through the study nursing students were able to identify individual disgust triggers and inserted strategies therefore. Professional behavior is a requirement for a nurse-patient-relationship based on trust. The heterogeneity of disgust among nursing students and the vulnerability of patients make it difficult to generate strategies for nursing students to reduce disgust. There is a need to normalize disgusting feelings in nursing. The taboo has to be broken and further research is required to embed the phenomenon of disgust in a concept for nursing students.

**Key words:** nursing, students, disgust, experience, strategy

# Inhaltsverzeichnis

|                                                                        |           |
|------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. EINLEITUNG .....</b>                                             | <b>1</b>  |
| 1.1. PROBLEMDARSTELLUNG .....                                          | 4         |
| 1.2. ZIELSETZUNG UND FRAGESTELLUNGEN.....                              | 6         |
| <b>I. THEORETISCHER TEIL .....</b>                                     | <b>7</b>  |
| <b>2. THEORETISCHER HINTERGRUND .....</b>                              | <b>8</b>  |
| 2.1. BEGRIFFSKLÄRUNG - BASEMOTION EKEL .....                           | 8         |
| 2.2. CHARAKTERISTIKA DES EKELS .....                                   | 9         |
| 2.3. THEORETISCHE MODELLE .....                                        | 11        |
| 2.3.1. TRADITIONELLES MODELL .....                                     | 11        |
| 2.3.2. FUNKTIONELLES MODELL.....                                       | 12        |
| 2.4. EKELSENSITIVITÄT UND EKELNEIGUNG .....                            | 14        |
| <b>II. EMPIRISCHER TEIL.....</b>                                       | <b>15</b> |
| <b>3. METHODIK.....</b>                                                | <b>16</b> |
| 3.1. FORSCHUNGSDESIGN .....                                            | 16        |
| 3.2. DATENERHEBUNG .....                                               | 17        |
| 3.2.1. DIARY METHOD.....                                               | 17        |
| 3.2.2. INTERVIEW UND TRANSKRIPTION .....                               | 19        |
| 3.2.3. STICHPROBE .....                                                | 20        |
| 3.2.4. FELDZUGANG .....                                                | 20        |
| 3.3. GÜTEKRITERIEN .....                                               | 22        |
| 3.4. ETHISCHE ASPEKTE .....                                            | 23        |
| 3.5. DATENAUSWERTUNG .....                                             | 24        |
| <b>4. ERGEBNISSE .....</b>                                             | <b>25</b> |
| 4.1. ERGEBNISSE DER EKEL-TAGEBÜCHER .....                              | 25        |
| 4.1.1. WAHRNEHMUNG VON EKEL.....                                       | 26        |
| <i>EKEL- EXPRESSIONEN.....</i>                                         | 26        |
| <i>PHYSIOLOGISCHE VERÄNDERUNGEN .....</i>                              | 27        |
| <i>GEFÜHLSERLEBEN VON EKEL-SITUATIONEN.....</i>                        | 28        |
| 4.1.2. EKEL-AUSLÖSER – SENSORISCHE EBENE .....                         | 31        |
| <i>AUSSCHIEDUNGEN.....</i>                                             | 31        |
| <i>UNZUREICHENDE HYGIENE .....</i>                                     | 36        |
| <i>UNTERSTÜTZUNG BEI DER KÖRPERPFLEGE .....</i>                        | 38        |
| <i>VERSORGUNG VON WUNDEN.....</i>                                      | 41        |
| 4.1.3. EKEL-AUSLÖSER – KOGNITIVE EBENE .....                           | 44        |
| <i>ÜBERGRIFFIGES VERHALTEN .....</i>                                   | 44        |
| <i>GESUNDHEITSGEFÄHRDENDES VERHALTEN.....</i>                          | 45        |
| 4.1.4. EINFLUSSFAKTOREN AUF EKELEMPFINDEN UND HANDLUNGSFÄHIGKEIT ..... | 48        |
| <i>ÜBERRASCHUNGSMOMENT.....</i>                                        | 48        |
| <i>ERFOLGSERLEBNISSE UND NEUES LERNEN .....</i>                        | 50        |
| <i>SENSORISCHE EINSCHRÄNKUNG DURCH COVID-19.....</i>                   | 51        |
| <i>PERSÖNLICHE ABNEIGUNGEN .....</i>                                   | 52        |
| <i>THEORETISCHES WISSEN.....</i>                                       | 54        |
| 4.1.5. STRATEGIEN IM UMGANG MIT EKEL .....                             | 56        |
| <i>EKEL UNTERDRÜCKEN .....</i>                                         | 56        |
| <i>HYGIENE UND SAUBERKEIT.....</i>                                     | 58        |
| <i>PERSÖNLICHE SCHUTZKLEIDUNG .....</i>                                | 59        |
| <i>GERÜCHE EINDÄMMEN .....</i>                                         | 61        |

|           |                                                      |            |
|-----------|------------------------------------------------------|------------|
|           | <i>Ekel AUSHALTEN</i> .....                          | 63         |
|           | <i>ABSTAND GEWINNEN</i> .....                        | 65         |
|           | <i>DARÜBER SPRECHEN</i> .....                        | 67         |
| 4.1.6.    | Ekel GEHÖRT DAZU .....                               | 70         |
| 4.2.      | ERGEBNISSE DER INTERVIEWS .....                      | 72         |
| 4.2.1.    | Ekel-ERSCHEINUNGSFORMEN .....                        | 72         |
|           | <i>KLASSISCHER Ekel</i> .....                        | 73         |
|           | <i>SOZIALER Ekel</i> .....                           | 77         |
|           | <i>SEXUELLER Ekel</i> .....                          | 80         |
| 4.2.2.    | EINFLUSS VON Ekel AUF DEN KÖRPER .....               | 84         |
|           | <i>PHYSISCHER EINFLUSS</i> .....                     | 84         |
|           | <i>EINFLUSS AUF PSYCHISCHES WOHLBEFINDEN</i> .....   | 86         |
| 4.2.3.    | HALTUNG IM UMGANG MIT Ekel .....                     | 89         |
|           | <i>Ekel IST INDIVIDUELL</i> .....                    | 89         |
|           | <i>Ekel DARF SEIN</i> .....                          | 91         |
|           | <i>ERHALT UND STÄRKUNG DER PFLEGEBEZIEHUNG</i> ..... | 93         |
|           | <i>PROFESSIONELL BLEIBEN</i> .....                   | 97         |
| 4.2.4.    | STRATEGIEN .....                                     | 99         |
|           | <i>SICH VORBEREITEN</i> .....                        | 99         |
|           | <i>SELBSTSCHUTZMAßNAHMEN TREFFEN</i> .....           | 101        |
|           | <i>DISTANZ SCHAFFEN</i> .....                        | 104        |
|           | <i>DARÜBER REDEN</i> .....                           | 107        |
|           | <i>SICH DARAN GEWÖHNEN</i> .....                     | 110        |
| 4.2.5.    | REFLEXION DURCH Ekel-TAGEBUCH .....                  | 113        |
| <b>5.</b> | <b>DISKUSSION</b> .....                              | <b>114</b> |
| 5.1.      | AUSLÖSER UND ERSCHEINUNGSFORMEN VON Ekel .....       | 115        |
| 5.2.      | Ekel-WAHRNEHMUNG UND EINFLUSSFAKTOREN .....          | 117        |
| 5.3.      | STRATEGIEN IM UMGANG MIT Ekel .....                  | 122        |
| 5.4.      | HALTUNG .....                                        | 127        |
| 5.5.      | LIMITATIONEN .....                                   | 130        |
| <b>6.</b> | <b>SCHLUSSFOLGERUNG</b> .....                        | <b>133</b> |
| 6.1.      | RELEVANZ FÜR PRAXIS .....                            | 134        |
| 6.2.      | RELEVANZ FÜR LEHRE .....                             | 135        |
| 6.3.      | RELEVANZ FÜR FORSCHUNG .....                         | 136        |
| <b>7.</b> | <b>LITERATURVERZEICHNIS</b> .....                    | <b>138</b> |
| <b>8.</b> | <b>ANHANG</b> .....                                  | <b>143</b> |
| 8.1.      | INFORMATIONSSCHREIBEN .....                          | 143        |
| 8.2.      | EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG .....                        | 147        |
| 8.3.      | INSTRUKTIONEN FÜR Ekel-TAGEBUCH .....                | 148        |
| 8.4.      | INTERVIEWLEITFADEN .....                             | 149        |

## **Tabellenverzeichnis**

|                                                                               |    |
|-------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabelle 1 Funktionen des Ekels und Auslöser (Rozin et al., 2008, S. 746)..... | 11 |
| Tabelle 2 Praxiserfahrung der Teilnehmerinnen vor Studienteilnahme.....       | 21 |
| Tabelle 3 Übersicht Ekel-auslösende Faktoren.....                             | 70 |

## **Abbildungsverzeichnis**

|                                                                         |     |
|-------------------------------------------------------------------------|-----|
| Abbildung 1 Vergleich der Ekel-Modelle (Tybur et al., 2013, S.67) ..... | 13  |
| Abbildung 2 Übersicht Ergebnisse Diary-Method.....                      | 25  |
| Abbildung 3 Übersicht Ergebnisse der Interviews.....                    | 72  |
| Abbildung 4 Modell Ekel bei Auszubildenden in der Pflege.....           | 114 |

## 1. Einleitung

Ekel zählt nach Paul Ekman (1992a) neben Angst, Ärger, Glück, Traurigkeit und Überraschung zu den Basisemotionen. Ekel stellt eine universelle Emotion dar, welche auf der ganzen Welt gleich zum Ausdruck gebracht wird (Ekman et al., 1969). Bereits Darwin (1872) beschäftigte sich mit den menschlichen Emotionen und Verhaltensweisen und beschreibt Ekel als ein Gefühl der Abscheu, welches insbesondere mit dem Geruchssinn einhergeht. Ekel ist ein Schutzmechanismus, der ausgelöst wird, wenn Betroffene potenziell infektiösem Material ausgesetzt sind. Diese Form des Ekels hat ihren Ursprung in der Vermeidung von Krankheit. Auslöser sind vorwiegend taktile, olfaktorische sowie visuelle Trigger. Auch Gegenstände und Flächen, die kontaminiert sein könnten, werden als potenziell gefährlich eingestuft und können Ekel auslösen. Darüber hinaus sind es nicht nur Substanzen, sondern auch erkrankte Personen oder unzureichende Hygiene, die als Risiko identifiziert werden und Ekel auslösen (Chapman & Anderson, 2012).

Ekel ist ein weitgehend tabuisiertes Thema in der Pflege. Obwohl bekannt ist, dass Personen im Gesundheitswesen Ekel empfinden, gilt die Gefühlsregulierung des Ekelempfindens als unaussprechbar. Soziale und berufliche Konstruktionen erschweren Pflegepersonen Ekel zu verbalisieren. Ein nahezu stoischer Umgang mit Ekel wird beschrieben. Pflegepersonen wissen zwar, dass Ekel Teil der Pflege ist, dennoch findet kaum Austausch über das Gefühl statt. Der Begriff selbst wird kaum ausgesprochen, sondern Alternativen wie „schwierige“ oder „herausfordernde“ Situationen finden Anwendung (Hadjittofi et al., 2020). Doch besonders in der Pflege stellt Ekel ein bedeutsames Phänomen dar. Im Zuge der Interaktion mit Menschen können vermehrt ekelerregende Ereignisse auftreten. Es wird jedoch verlangt, den Ekel zu unterdrücken, da den Pflegepersonen sonst Unprofessionalität zugeschrieben oder die Beziehung zu Patient:innen gefährdet wird. Der daraus resultierende erhöhte Stress, wirkt sich auf pflegerische Handlungen und die Pflegequalität aus (Krey, 2004; Muggleton et al., 2014).

Das Empfinden von Ekel soweit zu kontrollieren, damit andere dieses nicht bemerken, bedarf langer Übung und obwohl das Affekterleben nicht verhindert werden kann, können Training und Gewöhnung den Ausdruck des Affektes modellieren. Zunächst stark belastende, ekelheraufführende Eindrücke können nach Gewöhnung die Intensität des Ekelempfindens mindern. Es zeigt sich ein Prozess des Abstumpfens, bei dem nicht klar hervorgeht, inwieweit Erlebtes bewusst oder unbewusst verarbeitet wird. Folge davon kann sein, dass betroffene Personen nach

außen hin zwar keinen Ekel zeigen, innerlich jedoch Stress empfunden wird. Die Gewöhnung und Erweiterung der Toleranz stellt somit eine Strategie dar, welche Handlungsfähigkeit zulässt, jedoch keine konstruktive Auseinandersetzung mit dem Gefühl des Ekels ermöglicht. Weiters kann das Wahrnehmungs- und Denkvermögen durch den aktiven Prozess des Unterdrückens von Ekel reduziert werden und Fehler bei der Durchführung pflegerischer Handlungen können die Folge sein (Krey, 2004; Muggleton et al., 2014, Ringel, 2017).

Empfinden Pflegepersonen Ekel, so wenden sie sich meist ab. Sie entfernen sich aus der Situation oder es bildet sich Zorn und Geringschätzung gegenüber den zu Pflegenden. Patient:innen werden bewusst gemieden, wenn diese Ekel bei ihnen hervorrufen (Krey, 2004; Muggleton et al., 2014; Ringel, 2017). Sowinski (1994), Reineke (1995) und Hanft (1996, zit. n. Ringel, 2017) zufolge führt das kurzzeitige Verlassen des Zimmers, um sich vom Ekel erregenden Objekt zu entfernen, zu längeren Wartezeiten und Vernachlässigung von Patient:innen. Schnelleres Arbeiten als Vermeidungsstrategie kann die Beziehung zu den pflegebedürftigen Personen gefährden, da weniger auf die Person selbst eingegangen werden kann. Versachlichung der Hilfsbedürftigen, Infantilisierung oder die sprachliche Intellektualisierung von pflegerischen Tätigkeiten sollen zwar dabei helfen, zeitweise handlungsfähig zu bleiben, schaden jedoch letztlich den Pflegebedürftigen. Es wird deutlich, dass diese Handlungsmuster keine angemessenen Copingstrategien sind. Stattdessen kommt es zu „[...] *Entmenslichung, Vernachlässigung und Verachtung der Hilfsbedürftigen.*“ (Ringel, 2017, S. 38). Zur Vermeidung von Ekel erregenden Substanzen wird zudem die übermäßige Anwendung von Hygienemaßnahmen beschrieben. Neben dem erhöhten Müllaufkommen hat dies jedoch zur Folge, dass sich die Ekelsensitivität erhöht und Situationen häufiger als ekelhaft empfunden werden. Den Ekel zu verdrängen oder nicht zuzulassen führt dazu, dass Patient:innen nicht mehr ganzheitlich betreut, sondern auf ihre Erkrankung reduziert werden. Auch verbale Aggression gegenüber Patient:innen kann eine Ausdrucksweise von Pflegenden sein, um mit dem Ekelempfinden umgehen zu können (Muggleton et al., 2014).

Das Gefühl des Ekels sowie das Unterbinden des Ausdruckes, das von der Gesellschaft und Institutionen eingefordert wird, führen bei Pflegepersonen zu einer Belastung (Muggleton et al., 2014). Es folgen innere Konflikte, die weiterführend handlungsrelevant werden können. Unterdrücken Pflegepersonen Ekel, empfinden sie häufiger das Gefühl von Verzweiflung, Hilflosigkeit, Demotivation, Hoffnungslosigkeit, Unzufriedenheit und sind anfälliger für

Depressionen. Der Umgang mit Ekel stellt somit einen wesentlichen Aspekt zur eigenen Gesundheitserhaltung dar (Krey, 2004; Muggleton et al., 2014, Hadjittofi et al., 2020).

Der Umgang mit belastenden Emotionen wie Ekel im Rahmen der Emotionsarbeit zählt zu den Arbeitsanforderungen von Pflegepersonen (Hoffmann, 2010, zit. n. Benfer-Breisacher, 2018). Emotionsarbeit oder -regulation bezeichnet das Regulieren von Emotionen, um „[...] die Arbeitsrolle im Einklang mit organisationalen und beruflichen Ausdrucks- oder Gefühlsregeln (*display rules*) zu erfüllen [...]“ (Hornung et al., 2019, S. 107). Hochschild (2012) unterscheidet dabei zwischen dem Oberflächenhandeln („surface acting“), dem Beeinflussen des Emotionsausdrucks und dem Beeinflussen des Gefühlserlebens, dem Tiefenhandeln („deep acting“). Im Unterschied zum Oberflächenhandeln, wo bewusst Gestik und Mimik verändert werden, um nach außen hin eine gewünschte Emotion auszudrücken, wird beim Tiefenhandeln versucht, das Gefühl tatsächlich zu empfinden. Dabei unterstützen Erinnerungen, in der das ersehnte Gefühl bereits wahrgenommen wurde, um seinen Ausdruck aber auch das Gefühlserleben zu beeinflussen. Das Tiefenhandeln wirkt demnach authentisch, da der in der Situation geforderte Ausdruck auch tatsächlich empfunden wird. Doch obwohl das Auftreten herausfordernder Emotionen wie Ekel mit der Betreuung pflegebedürftiger Personen einhergeht, werden die Emotionsregulierung und die dafür erforderlichen Kompetenzen in der Ausbildung noch unzureichend wahrgenommen (Piechotta-Henze, 2019).

### **1.1. Problemdarstellung**

Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege stehen in ihrer praktischen Ausbildung vor besonderen Herausforderungen. Neben der Unsicherheit beim Führen von Gesprächen mit Patient:innen und Angehörigen, dem Aushalten von Sterben und Tod oder dem Zurechtkommen im Pflegealltag, sind sie mit Situationen konfrontiert, in denen sie körperliche Nähe aushalten müssen und an ihre Grenzen stoßen (Winter, 2021). Kommt nun das Empfinden von Ekel hinzu, führt dies meist zu Gefühlsregungen wie Schuldgefühle, Überforderung oder schlechtes Gewissen, u.a. dann, wenn sie unpassende Bewältigungsstrategien anwenden müssen. Oftmals entwickelt sich ein Distanzierungsverhalten gegenüber Patient:innen. Kennen Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege keine adäquate Umgangsform mit dem Ekelempfinden, kann die Berufswahl infrage gestellt werden. Zudem kann das Aneignen vermeintlicher Bewältigungsstrategien anderer Pflegenden zu Desillusionierung und Resignation führen (Krey, 2004; Özkan, et al., 2019).

Kreys Untersuchung, mit dem Ziel der Entwicklung theoretischer und praktischer Lösungsansätze für Unterrichtskonzepte, bestätigt, dass Auszubildende während der praktischen Tätigkeit Ekel empfinden (Krey, 2004). Besonders zu Beginn der Ausbildung stellt Ekel eine Belastung dar (Winter, 2021). In einer Untersuchung von Studierenden des ersten Semesters hinsichtlich ihres Ekelempfindens gaben 59% der Befragten an, während ihrer praktischen Tätigkeit Ekel empfunden zu haben. Davon äußerten 14 % aufgrund des Ekels, die Aufgabe nicht weiter ausgeführt zu haben (Özkan et al., 2019). Auslöser sind olfaktorische, visuelle und auditive Trigger. Besonders belastend ist dabei das Geruchsgedächtnis, das verhindert, nach einem Praktikumstag das Erlebte hinter sich zu lassen. Der Umgang mit Ekel wird erschwert, wenn es sich um überraschende Situationen handelt, da Überforderung entstehen kann. Weiters äußern Auszubildende des dritten Ausbildungsjahres den Wunsch, den Ausdruck von Ekel überspielen zu können, damit andere diesen nicht bemerken (Krey, 2004). Pflegenden sei es nicht erlaubt, ekelerregende Situationen zu verlassen, sondern müssen diese ertragen. Diese Restriktionen der Arbeitswelt führen dazu, dass die Auszubildenden denken, das Dilemma sei mit dem Annehmen der Konventionen beseitigt. Daraus folgen Desillusionierung und schließlich Resignation. Viele suchen den Fehler bei sich selbst, wenn sie der Herausforderung nicht gewachsen sind, die Situation unbemerkt ertragen zu können. Ohne Unterstützung vonseiten des Umfeldes, der Praxis und des Lehrpersonals fühlen sich Auszubildende mit ihrer Emotion alleine und im Stich

gelassen und es gelingt ihnen nicht, angemessene Strategien im Umgang mit Ekel zu entwickeln (Krey, 2004; Özkan et al., 2019; Hadjitoffi et al., 2021).

Das Sich-ekeln-können ist ein wichtiger Aspekt im Umgang mit Ekel. Nur durch nicht kommunizierte und nicht reflektierte Ekelgefühle entstehen Grenzüberschreitungen und Grenzverletzungen. Dies betrifft nicht nur Pflegende, sondern auch Auszubildende (Winter, 2021). Auszubildende benötigen einen Orientierungsrahmen, in dem sie mit belastenden Emotionen wie Ekel umzugehen lernen. Dies umfasst auch die Artikulation derselben (Krey, 2004; Özkan et al., 2019). Damit Auszubildende in durch Ekel belastenden Situationen handlungsfähig bleiben können, erfordert es die Unterstützung vonseiten der Praxis und der Bildungsinstitution. Die Enttabuisierung und somit das Ansprechen des Ekels stellen dabei eine wesentliche Voraussetzungen dar. Eine andere ist die Deckung des Bedarfs an Reflexionsmöglichkeiten und Umgangsstrategien (Krey, 2004, Ringel, 2017).

Im Rahmen einer Literaturrecherche, um Einblick in den Wissensstand zu erhalten, wurden nur wenige Studien zum Ekelempfinden von Pflegeauszubildenden gefunden. Das bestehende Wissen reicht nicht aus, um den Auszubildenden einen adäquaten Umgang mit Ekel zu ermöglichen und sie auf die Berufswelt vorbereiten zu können. Die an der Phänomenologie orientierte empirische Arbeit soll die bestehenden Erkenntnisse zum Ekelempfinden von Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege ergänzen, indem mittels Methodentriangulation ein tiefergehender Einblick in das Empfinden der Auszubildenden aus ihrem Praxisalltag gewonnen wird. Dabei wird untersucht, in welchen pflegerischen Situationen Auszubildende Ekel empfinden, wie sich dieser äußert, welche Rolle unterschiedliche Settings und Krankheitsbilder dabei spielen und welche Strategien bereits im Umgang mit Ekel und möglichen Herausforderungen angewendet werden.

## 1.2. Zielsetzung und Fragestellungen

Ziel dieser empirischen Arbeit, die sich an der Phänomenologie orientiert, ist es, das Ekelempfinden von Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege zu erforschen und bestehendes Wissen zu vertiefen. Es soll untersucht werden, in welchen pflegerischen Situationen Auszubildende Ekel empfinden und wie sich dieser in den jeweiligen Situationen äußert. Zudem soll erhoben werden, welche Belastungen oder Herausforderungen daraus resultieren und welche Strategien im Umgang mit Ekel bereits angewendet werden. Die Arbeit zielt darauf ab, sich der Lebenswelt Auszubildender anzunähern, um das Phänomen Ekel im Kontext der pflegerischen Ausbildung besser verstehen zu können. Daraus ableitend sollen Strategien zur Erhaltung der Handlungsfähigkeit generiert werden. Die Arbeit dient somit letztlich der Stärkung und Unterstützung Auszubildender in ihrer zukünftigen Rolle als professionell Pflegende im Umgang mit Ekel. Daraus leiten sich folgende Fragestellungen ab:

- *In welchen pflegerischen Situationen empfinden Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege Ekel und wie äußert sich dieser?*
- *Inwieweit stellen die Situationen eine Herausforderung dar und welche Strategien werden von den Auszubildenden bereits angewendet, um handlungsfähig zu bleiben?*

## **I. Theoretischer Teil**

---

## 2. Theoretischer Hintergrund

Im folgenden Kapitel werden der für diese Arbeit wesentliche Begriff Ekel erläutert, theoretische Modelle vorgestellt sowie die Begrifflichkeiten Ekelsensitivität und -neigung näher betrachtet. Dieser Teil dient der theoretischen Grundlage für die Interpretation der Ergebnisse der empirischen Arbeit.

### 2.1. Begriffsklärung - Basisemotion Ekel

Ekel wird laut Duden als Abscheu, Abneigung oder Widerwille bezeichnet. Es ist ein „*Übelkeit erregendes Gefühl des Widerwillens, des Abscheus vor etwas als widerlich Empfundenerem*“ und ein „*Gefühl des Überdrusses vor etwas als sinnlos Angesehenem*“ (Dudenredaktion, o.J.).

Ekel zeigt sich als eine stark ausgeprägte Reaktion auf sensorische Reize und gleicht dem Ausdruck der Abneigung (Panksepp, 2007). Darwin (1872) beschreibt Ekel als ein Gefühl der Abscheu, welches insbesondere mit dem Geruchssinn bei der Nahrungsaufnahme einhergeht. Weisen Nahrungsmittel Abweichungen von der Norm auf, wird der Schutzmechanismus Ekel ausgelöst. Die Reaktion, die darauf folgt, ist ein Reflex, der nicht oder nur schwer gesteuert werden kann. Auch Angyal (1941, zit. n. Rozin et al., 2008) zufolge ist Ekel ein Ausdruck der Abscheu, der bei Aufnahme ekelerregender Substanzen oder bei Kontakt mit Körperabfallprodukten auftritt. Auch potenziell kontaminierte Gegenstände könnten zu Ekel führen.

Ekel ist eine universelle Emotion und zählt neben Glück, Trauer, Angst, Überraschung und Wut zu den Vertretern der sogenannten „basic emotions“ (Ekman et al., 1969). Basisemotionen weisen bestimmte Eigenschaften auf. Die Kriterien dafür sind abhängig von der jeweiligen Theorie. Es zeigen sich jedoch Übereinstimmungen in folgenden Punkten: die universelle Ausdrucksweise, eine unverwechselbare Physiologie, unterschiedliche Motivatoren und ein unverwechselbares Erleben der Gefühlsregung (Ekman, 1999; Ekman & Cordaro, 2011).

Freud ist der Ansicht, dass Ekel eine erlernte Reaktion ist, die sich, je nach vorherrschendem Lebensereignis, anpassen kann (Curtis et al., 2011). Laut Ekman (1999) unterliegt die Entwicklung der Basisemotionen evolutionären Prozessen. Er befürwortet damit den biologischen Ansatz, dass Ekel als Reaktion auf bestimmte Lebensereignisse, wie Bedrohung, entsteht. Auch Panksepp (2007) zufolge ist Ekel eine genetisch bedingte und instinktiv auftretende Emotion. Laut Ekman (1992a) ist die eindeutige Ausdrucksweise von Ekel, welche auch über Kulturen hinweg sehr ähnlich oder ident ist, eine der grundlegenden Eigenschaften, die Ekel von anderen Emotionen abhebt und den Ekel somit als eine der Basisemotionen definiert.

## 2.2. Charakteristika des Ekels

Ekman (1992b) nennt elf Kriterien, anhand derer Basisemotionen und andere affektive Zustände voneinander differenziert werden können. Er führt dabei

- „markante universelle Signale,
- Auftreten bei anderen Primaten,
- unverwechselbare Physiologie,
- markante Gleichheiten bei vorausgestellten Ereignissen,
- Kohärenz zwischen emotionaler Reaktion,
- plötzliches Auftreten,
- kurze Dauer,
- automatische Beurteilung,
- ungebetenes Auftreten“

sowie „[...] Ontogenie, Denkprozesse und subjektive Erfahrungen [...]“ an (Ekman, 1992b, 174-175).

Darauf aufbauend wurden vier wesentliche Komponenten des Sich-Ekelns entwickelt: Erlebens-, Verhaltens-, physiologische Komponente und Ausdruckskomponente. Die Erlebenskomponente, auch Qualia genannt, umfasst die mentale und fühlende Komponente von Ekel. Sie wird beschrieben als eine der schwierig untersuchbaren, aber auch eine der bedeutendsten Komponenten von Ekel. Verglichen wird das Empfinden mit Abscheu. Anders als bei anderen Emotionen weist Ekel eine kurze Dauer auf. Die Verhaltenskomponente beschreibt, dass Ekel sich in Form von einer Abwehrreaktion gegenüber Objekten, Ereignissen oder Situationen zeigt. Verdeutlicht wird dies durch eine ablehnende Haltung der empfindenden Person (Rozin et al., 2008).

Charakteristisch für Ekel ist der Ausdruck des Empfindens in der Mimik der Menschen. Bereits Darwin (1872) hat den Ausdruck von Ekel empfindenden Personen anhand von Abbildungen dargestellt. Diese gleichen durchwegs der Beschreibung von Rozin et al. (2008). Die Augenlider schließen sich zur Hälfte, die Nase wird gerümpft, der Mund öffnet sich leicht und die Mundwinkel ziehen sich nach unten. Auch die Untersuchung zum Ekelempfinden von Olatunji et al. (2008) stellt bei der Exposition ekeleregender Videos fest, dass sich die Gesichtszüge der Teilnehmer:innen verändern. Chapman & Anderson (2012) beschreiben ebenfalls das Zusammenziehen der Augenlider und die nach unten bewegenden Augenbrauen sowie das Naserümpfen und den leicht geöffneten Mund. Das Erscheinungsbild von Ekel ist demnach unabhängig

von sozio-kulturellem Hintergrund erkennbar und stellt eine universelle Ausdrucksform dar (Rozin et al., 2008). Die veränderte Mimik führt dazu, dass die Aufnahme unangenehmer ekel-erregender Reize reduziert werden kann und die betroffene Person das ekelerregende Ereignis weniger wahrnimmt. Das Öffnen des Mundes weist zudem darauf hin, dass die Ekel empfindende Person sich darauf vorbereitet, falls erforderlich, zu spucken oder zu erbrechen (Chapman & Anderson, 2012).

Die physiologische Komponente beschreibt, dass beim Empfinden von Ekel körperliche Veränderungen festgestellt werden können. Subjektiv zeigt sich dies mit der Wahrnehmung von Übelkeit, erhöhtem Speichelfluss sowie dem Auslösen des Würgereflexes (Angyal, 1941, zit. n. Rozin et al., 2008; Roth, 2001, zit. n. Krey, 2015). Bei Ekel wird der Parasympathikus stimuliert, einhergehend mit einer reduzierten Herzfrequenz (Rozin et al., 2008; Olatunji et al., 2008). Eine Veränderung des Adrenalinspiegels kann bis hin zur Ohnmacht führen. Gleichzeitig kann Ekel auch in Erschrecken oder Schockiertsein, gefolgt von einer Erhöhung der Herzfrequenz, des Blutdrucks und des Hautwiderstands, resultieren. Eine Ohnmacht wird abgewendet und eine vegetative Fluchtreaktion ausgelöst. Eine weitere physiologische Reaktion stellt das Sich-Abwenden dar. Die Aktivierung bestimmter Hirnareale und die Ausschüttung des Stresshormons Cortisol bei intensivem Ekelgefühl führen zu sofortigem Unwohlsein (Roth, 2001, zit. n. Krey, 2015). Tracy et al. (2019) ergänzen, dass einige Studien darauf hindeuten, dass die Wahrnehmung schädlicher Gerüche, ähnliche psychische sowie physiologische Veränderungen im Körper auslösen, wie der Gedanke an moralische Verstöße. Differenziert wird hierbei zwischen dem sogenannten „core disgust“ und „moral disgust“, der im weiteren Verlauf näher erläutert wird.

## 2.3. Theoretische Modelle

Ekel gewann in der Forschung erst ab 1990 mehr an Bedeutung. Grund für das unerforschte Gebiet stellen verschiedene Aspekte dar. Andere Gefühlsregungen, wie Angst oder Wut, standen, aufgrund der dazumal größeren Bedeutung für die Gesellschaft, mehr im Fokus der Wissenschaft. Zudem löst Ekel selbst Ekel aus (Rozin et al., 2008). Dennoch gibt es einige Theoretiker, die sich mit dem Phänomen des Ekels auseinandersetzen. Es wurden zwei Modelle entwickelt, die in diesem Kapitel beschrieben und als Grundlage für die Interpretation der Ergebnisse der empirischen Untersuchung herangezogen werden. Dabei handelt es sich um das „Traditionelle Modell“ nach Rozin et al. (2008) und das weiterentwickelte „Funktionelle Modell“ nach Tybur et al. (2013).

### 2.3.1. Traditionelles Modell

Die Heterogenität des Phänomens Ekel führte zu mehreren theoretischen Klassifizierungsversuchen. Die folgende Tabelle liefert einen Überblick über die Ekel-Auslöser und Funktionen des Ekels nach dem traditionellen Modell (Rozin et al., 2008).

| Disgust Stage    |                          |                                     |                                          |                                                            |                        |
|------------------|--------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------|
|                  | 0. Distaste              | 1. Core                             | 2. Animal Nature                         | 3. Interpersonal                                           | 4. Moral               |
| <b>Function</b>  | Protect body from poison | Protect body from disease/infection | Protect body and soul; deny mortality    | Protect body, soul, and social order                       | Protect social order   |
| <b>Elicitors</b> | Bad tastes               | Food/eating, body products, animals | Sex, death, hygiene, envelope violations | Direct and indirect contact with strangers or undesirables | Certain moral offenses |

Tabelle 1 Funktionen des Ekels und Auslöser (Rozin et al., 2008, S. 746)

Unterschieden wird zwischen dem Hauptekel, dem Ekel vor animalischem Verhalten, interpersonellem Ekel und moralischem Ekel. Der Hauptekel wird zum Schutz vor Infektionen und Krankheiten ausgelöst. Auslöser hierfür sind visuelle, taktile sowie olfaktorische Reize, wie der Geruch von Verwesung oder Fäkalien. Auch Gegenstände und Flächen, die kontaminiert sein könnten, werden als potenziell gefährlich eingestuft und können Ekel auslösen (Rozin et al., 2008; Chapman & Anderson, 2012; Vicario et al., 2017). Neben Kontamination und Verunreinigung kann Ekel auch durch Krankheit oder unzureichende Hygiene auftreten. Diese Form des Ekels wird auch als interpersoneller Ekel bezeichnet. Dieser bezieht sich, wie beim Hauptekel, auf die Gesundheitserhaltung und Vermeidung von Krankheit (Chapman & Anderson, 2012).

Menschen lehnen Verhaltensweisen, welche an die animalische Seite erinnern, ab, da Tiere zumeist als schmutzig und unhygienisch bezeichnet werden. Gesellschaftlich definierte Standards zu Hygiene und Körperpflege unterscheiden den Mensch vom Tier. Abweichungen der Norm lösen Ekel aus. Der moralische Ekel tritt auf, wenn moralisch verwerfliches Verhalten beobachtet wird. Darunter zählen Diebstahl, Lügen oder Gewalt. Ekel stellt somit nicht nur einen Schutz für das körperliche, sondern auch für das seelische Wohl dar. Damit erweitert sich die Perspektive dahingehend, dass Ekel auch auf sozialer Ebene besteht (Rozin et al., 2008). Tybur et al. (2013) nahmen diese Erkenntnisse in ihrem funktionellen Modell auf und adaptierten das traditionelle Modell.

### **2.3.2. Funktionelles Modell**

Die Erweiterung des Verständnisses von Ekel nach Rozin et al. (2008) auf den sozio-moralischen Bereich beleuchtete erstmals, abseits von der genetisch verankerten Infektionsabwehr, auch andere Einflussfaktoren. Tybur et al. (2013) greifen die neu entdeckten Auslöser wie den moralischen und den sexuellen Ekel auf und beschreiben diese in ihrem funktionellen Modell näher. Im funktionellen Modell werden insgesamt drei Ekelauslöser beschrieben. Der pathogene Ekel bezieht sich auf die Vermeidung von Krankheitserregern. Auslöser können Körperflüssigkeiten und -produkte sein sowie unzureichende Hygiene und verrottende organische Stoffe. Faktoren, wie die Beziehung zum Gegenüber, der Ernährungszustand und sexuelle Erregung wirken sich auf den Ekel aus. Es folgt die Kontaktvermeidung unter Berücksichtigung möglicher Konsequenzen. Nimmt der Körper beispielsweise einen unangenehmen Geruch der Nahrung wahr und es besteht Hunger, wird das Hungergefühl der potenziellen Infektion vorgezogen. Sexueller Ekel entsteht dann, wenn Personen mit fehlender genetischer Kompatibilität oder mit geringem Partnerwert Interesse zeigen. Einflussfaktoren stellen dabei der eigene Partnerwert und die Verfügbarkeit anderer potenzieller Partner:innen dar. Der zuletzt beschriebene moralische Ekel wird bei Verhaltensweisen, die bei anderen Personen als verwerflich gelten, ausgelöst, beispielsweise bei lügen, betrügen, stehlen oder anderen Regelverstößen. Hier hat die Beziehung zum Gegenüber einen wesentlichen Einfluss auf das Ausmaß des Ekelgefühls und das Verhalten der sich ekelnden Person. Die Autor:innen beschreiben ebenso, dass die Auslöser für Ekel von Alter und Entwicklung abhängig sind. Bei Kleinkindern beispielsweise ist der Ekel vor Krankheitserregern noch nicht so ausgeprägt, wie bei erwachsenen Menschen. Das bedeutet, dass aus dem Umfeld erlernt werden muss, wie Infektionen vermieden werden können. Auch der sexuelle Ekel tritt erst ab einem gewissen Alter und Lebensphase auf.

Moralischer Ekel hingegen könnte je nachdem, in welcher Lebensphase sich jemand befindet, entweder zu Verurteilung oder Befürwortung eines Verhaltens führen (Tybur et al., 2013). Um zu zeigen, was das funktionelle vom traditionellen Modell unterscheidet, werden diese nun gegenübergestellt (Abbildung 1).

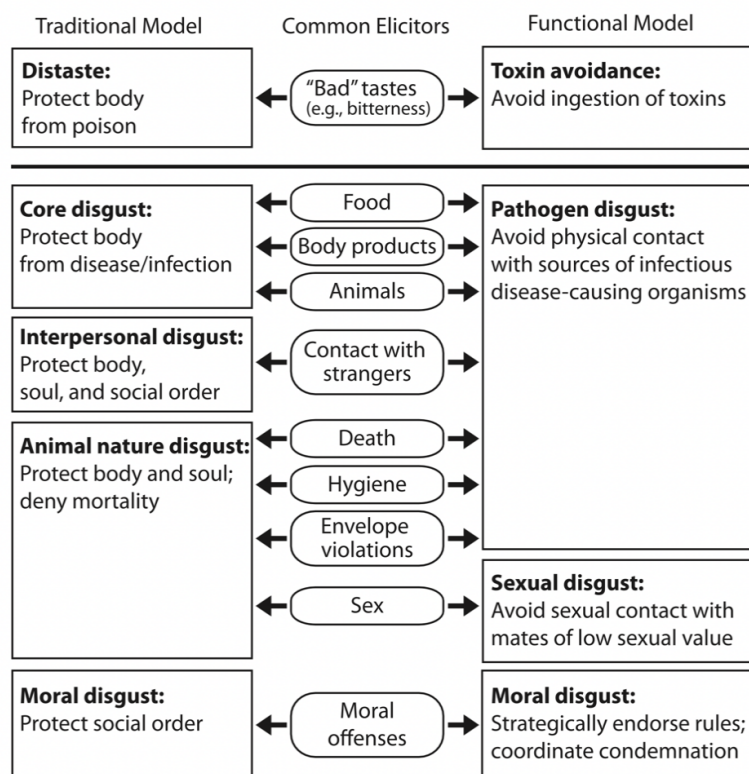


Abbildung 1 Vergleich der Ekel-Modelle (Tybur et al., 2013, S.67)

Im Gegensatz zur Annahme im Modell von Rozin et al. (2008) ist der sexuelle Ekel kein Gefühl, das aufgrund von Ähnlichkeiten zwischen Mensch und Tier auftritt, sondern bei Personen mit geringer Kompatibilität ausgelöst wird. Zudem wird nicht mehr zwischen Hauptekel und interpersonellem Ekel differenziert, sondern die Vermeidung von Krankheiten unter dem pathogenen Ekel subsumiert. Im funktionellen Modell schützt moralischer Ekel nicht etwa vor negativen Einflüssen auf die soziale Ordnung, sondern stellt eine Möglichkeit dar, um Beziehungen zu stärken und die eigene Gesundheit zu fördern. Das Einhalten von Regeln einerseits und das Verurteilen anderer, die gegen diese verstoßen andererseits, führen zu Anerkennung innerhalb einer Gruppe. Dazu muss deutlich signalisiert werden, dass der Regelverstoß nicht toleriert wird, beispielsweise durch Verbalisieren des Ekels (Tybur et al., 2013).

## **2.4. Ekelsensitivität und Ekelneigung**

Bei der Exposition verschiedener Reize sind nicht nur Auslöser für die Intensität und Häufigkeit des Ekelempfindens ausschlaggebend. Es hängt auch von der ekelempfindenden Person selbst ab. Differenziert werden hierbei die Ekelneigung und die Ekelsensitivität. Personen, die eine erhöhte Ekelneigung aufweisen, empfinden demnach häufiger Ekel. Personen mit einer erhöhten Ekelsensitivität hingegen, nehmen den Ekel bei Exposition verstärkt wahr und reagieren intensiver auf das Ereignis. Beide Ausprägungen korrelieren miteinander (Fergus & Valentiner, 2009; Götz et al., 2013). Die Ekel-Domänen, wie sie in den Modellen von Rozin et al. (2008) und Tybur et al. (2013) entwickelt wurden, bieten einen Einblick in das Verhalten des Ekels. Ekel wird jedoch von jeder Person unterschiedlich wahrgenommen und geäußert. Um zu verstehen, weshalb eine Person wie häufig oder intensiv Ekel wahrnimmt, ist es erforderlich zu erkennen, welches Verhältnis zwischen den Ekel-Domänen moralischer Ekel, sexueller Ekel und pathogener Ekel und der Persönlichkeit besteht (Tybur & de Vries, 2013). Wird das Ekelverhalten untersucht, werden meist Befragungen hinsichtlich der Ekelneigung durchgeführt. Fehlend hierbei ist jedoch der Fokus auf das Erleben der Betroffenen. Es wird zwar untersucht, wie schnell sie in einer Situation Ekel empfinden, jedoch nicht, wie sie diese Wahrnehmung bewerten. Das Erleben der Ekel empfindenden Person rückt in den Hintergrund. Für das Verständnis der Psychopathologie ist es jedoch unerlässlich, nicht nur die Ekelneigung (disgust propensity), sondern auch die Bewertung der Erfahrung (disgust sensitivity) zu erforschen (van Overveld et al., 2006).

In der vorliegenden empirischen Arbeit wird zum Verständnis des Phänomens Ekel im Kontext der praktischen Ausbildung von Pflegestudierenden neben der Ekelneigung auch die Ekelsensitivität untersucht. Damit wird der Fokus auf das Erleben und der Bewertung der Wahrnehmung der Betroffenen gelegt. Demnach sollen nicht nur Ekelauslöser während der Praktika identifiziert, sondern auch aufgezeigt werden, wie sich Auszubildende in den beschriebenen Situationen fühlen. Im empirischen Teil werden nun die Erkenntnisse, die aus der Datenerhebung mittels Diary Method und leitfadengestützter Interviews gewonnen werden konnten, dargelegt. Die Klassifizierung des Ekels nach Rozin et al. (2008) und Tybur et al. (2013) bilden in weiterer Folge die theoretische Grundlage für die Interpretation der Ergebnisse. Dabei werden die Modelle der Autor:innen aus der Profession Psychologie hinsichtlich möglicher Auslöser und daraus resultierender Reaktionen mit den entwickelten Kategorien aus der praktischen Pflegeausbildung in Beziehung gesetzt.

## **II. Empirischer Teil**

---

### **3. Methodik**

Im folgenden Kapitel wird die methodische Vorgehensweise der Datenerhebung und der Auswertung des Datenmaterials näher erläutert und das Forschungsdesign beschrieben. Weiter werden das Sample, der Feldzugang sowie Gütekriterien und ethische Aspekte der Untersuchung dargelegt.

#### **3.1. Forschungsdesign**

Um pflegerische Situationen, in denen Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege Ekel empfinden und den Ausdruck von Ekel in genannten Situationen identifizieren zu können sowie Strategien im Umgang mit den potenziell herausfordernden Situationen ausfindig zu machen, wurde ein qualitativer Forschungsansatz mit deskriptivem Design gewählt.

Ziel qualitativer Forschung ist es, Phänomene zu identifizieren, neu zu strukturieren und den Sinn, den bestimmte Phänomene für die Betroffenen haben, zu untersuchen. Die Wirklichkeit aus der Perspektive der Betroffenen soll beschrieben werden. Im Vordergrund steht das Verstehen tieferer Bedeutungen, welche im Zuge der Interpretation erfolgt. Die qualitative Forschung bietet die Möglichkeit, subjektive Erfahrungen von definierten Gruppen in einem bestimmten Kontext oder in bestimmten Situationen zu erlangen. Da beim qualitativen Forschungsansatz zumeist Phänomene, Erfahrungen und Lebenswelten beschrieben werden, handelt es sich hier stets um ein deskriptives Forschungsdesign. Deskriptive Untersuchungen haben zum Ziel, bestimmte Situationen, die noch wenig erforscht wurden sowie das Verhalten und Zusammenhänge einer bestimmten Personengruppe zu untersuchen. Die Phänomenologie als Methodologie bietet hierfür die entsprechende Grundlage. Ziel der Phänomenologie ist es, das Erleben und die Erfahrungen der untersuchenden Personen zu verstehen, zu beschreiben und die Bedeutung dessen aus deren Perspektive zu erfahren. Dabei findet vor der Analyse meist keine systematische Literaturrecherche statt, um sich unvoreingenommen mit den Daten vertraut zu machen und wesentliche Phänomene ohne Vorannahmen erkennen zu können. Im Kontext der interpretativen Phänomenologie werden verschiedene Möglichkeiten für die phänomenologische Analyse genannt. Eine stellt dabei die thematische Analyse dar, welche im Anschluss an die Datenerhebung näher erläutert wird (Mayer, 2022).

Das Grundprinzip qualitativer Forschung ist die Offenheit (Mayer, 2022). Für die Beantwortung der Fragestellungen, benötigt es die Sicht der Studierenden zum Forschungsgegenstand.

Um einen Eindruck der Lebenswelt Auszubildender in der Gesundheits- und Krankenpflege gewinnen zu können, ist beim Forschungsvorhaben somit eine offene Herangehensweise erforderlich. Laut Mayer (2022) erfordert der explorative Charakter qualitativer Forschung Flexibilität im Forschungsprozess.

### **3.2. Datenerhebung**

Im Vordergrund dieser Arbeit steht das Verstehen und Beschreiben des Erlebens von Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege in Bezug auf Ekel im Rahmen der praktischen Ausbildung. Um das Ekelempfinden der Personen in unterschiedlichen Settings untersuchen zu können, wurde eine methodeninterne Triangulation durchgeführt. Das bedeutet laut Mayer (2022), dass innerhalb eines Forschungsansatzes methodische Vorgehen zur Beantwortung der Fragestellung kombiniert werden. Im phänomenologischen Ansatz werden zur Datenerhebung vorzugsweise Interviews eingesetzt. Aber auch andere Methoden, wie der Einsatz von Tagebüchern, finden in der qualitativen Forschung Anwendung. Zur Datenerhebung wurde demnach die Diary Method mit leitfadengestützten Interviews trianguliert.

#### **3.2.1. Diary Method**

In der ersten Phase der Datenerhebung wurden die Teilnehmer:innen gebeten, während ihrer Praktikumszeit drei Monate lang ihr Ekelempfinden schriftlich festzuhalten. Als Erhebungszeitraum wurde Mai bis August 2021 festgelegt. Anhand eines Tagebuchs, ähnlich wie es den Proband:innen aus dem berufspraktikumsbegleitenden Seminar bekannt war, sollten Ekel-Erlebnisse schriftlich festgehalten werden. Die Vorgehensweise der Diary Method ermöglicht die Berichterstattung aus der eigenen Perspektive und die Reflexion über das Handeln und sich selbst (Kunz, 2015). Die Proband:innen erhielten nach einer kurzen Einführung via MS-Teams ein Informationsschreiben mit Leitfragen, anhand derer sie in der für die Untersuchung vorgesehene Zeit ihr Ekelempfinden reflektieren und verschriftlichen sollten. Die Leitfragen basierten auf dem Reflexionszyklus nach Gibbs (1988, zit. n. Johns, 2004) und wurden den Forschungsfragen entsprechend adaptiert. Da die Leitfragen lediglich der Orientierung und der Unterstützung dienen sollten, stand es den Teilnehmer:innen frei, wie die Dokumentation im Tagebuch gestaltet wird. Mithilfe des Online-Tagebuchs *Monkkee* (Monkkee - das sichere Online-Tagebuch - privat und kostenlos, o. D.) konnte den Auszubildenden ermöglicht werden, ortsungebunden ihr Erlebtes festzuhalten. Die Einträge konnten mittels PC, Laptop, Tablet oder auch Smartphone erfolgen. Es wurde davon ausgegangen, dass die Studierenden zumindest

eines dieser erforderlichen Geräte besitzen und regelmäßig benutzen. Damit wurde eine einfache Handhabung und ein unkompliziertes Einfügen von Tagebucheinträgen ermöglicht. Es war den Auszubildenden dadurch auch möglich, bereits in der Praktikumszeit im Anschluss an das Geschehene das Erlebte festzuhalten. Ziel war es, mögliche Verzerrungen durch Erinnerungslücken zu reduzieren. Die Tagebucheinträge zielten darauf ab, Ekel-Erfahrungen, welche für die betroffene Person zum erlebten Zeitpunkt relevant erschienen, darzulegen und in die Analyse mit einzuschließen. Zur Nutzung von *Monkkee* (Monkkee - das sichere Online-Tagebuch - privat und kostenlos, o. D.) meldeten sich die Teilnehmer:innen mit einer von ihnen ausgewählten Email-Adresse und Passwort an. Die geführten Tagebücher konnten direkt über die Homepage anonymisiert als PDF gespeichert und an die Forschende weitergeleitet werden. Die Einträge wurden automatisch mit Datum und Uhrzeit versehen. Dies konnte von den Proband:innen adaptiert werden, wodurch ihnen der Zeitpunkt der Verschriftlichung frei stand. Bei sofortigem Festhalten des Erlebten, konnte die automatisch eingefügte Zeit genutzt werden. Aufgrund des umfangreichen Sicherheitskonzepts des kostenlosen Online-Tagebuchs, wurden die Inhalte vor unautorisiertem Zugriff geschützt. Nur die Proband:innen selbst hatten Zugriff auf ihre Daten. Der Forschenden war es nicht möglich, auf deren Daten zuzugreifen. Es lag bei den Teilnehmer:innen, welche Tagebucheinträge sie mit der Untersuchenden teilen. Als Verschlüsselungsmethode des Online-Tagebuchs kam AES-256 zum Einsatz.

Da die Teilnehmer:innen in ihrem Praktikumszeitraum von drei Monaten auf verschiedenen Fachabteilungen tätig waren, bot dies die Möglichkeit, einen Einblick in die verschiedenen Bereiche und somit auch auf unterschiedliche Krankheitsbilder zu erhalten und damit diverse Ursachen für Ekelgefühle aufzudecken. Die Tagebücher bildeten eine Basis für das darauffolgende Interview. Im Interview konnte anschließend auf bestimmte Erzählungen aus dem Tagebuch eingegangen und Unklarheiten beseitigt werden.

### 3.2.2. Interview und Transkription

Die Datenerhebung mittels Triangulation in Einbezug der Diary Method und leitfadengestützter Interviews wurde durchgeführt, um einerseits das aktuell Erlebte so realitätsnahe wie möglich zu erfassen und andererseits die gewonnen Erkenntnisse mittels Reflexion aus einer höheren Abstraktionsebene ergänzen zu können. Die qualitativen Interviews orientierten sich dabei am zentralen Prinzip der Offenheit mit erzählendem Charakter. Die Einzelinterviews wurden mit einer offen formulierten Einstiegsfrage begonnen, in denen die Teilnehmenden zum Erzählen aufgefordert wurden. Das semistrukturierte Interview ermöglichte es, mittels zuvor formulierter Leitfragen, Aspekte, die für die Autorin zur Beantwortung der Forschungsfragen relevant schienen, aufzugreifen. Die Leitfragen regten zur erneuten Reflexion der bereits beschriebenen Situationen sowie zu allgemeinen Erfahrungen mit Ekel im Rahmen der praktischen Ausbildung an. Unklarheiten wurden am Ende des Interviews mittels Klärungsfragen beseitigt, um den Redefluss der Teilnehmenden nicht zu unterbrechen.

Durchgeführt wurden die Interviews an der Fachhochschule Wiener Neustadt in Seminar- und Aufenthaltsräumen. Damit wurde versucht, eine bekannte und vertraute Umgebung zu schaffen. Die Interviews wurden im Zeitraum von August bis September 2021 außerhalb des regulären Studienbetriebs geführt, wodurch eine ruhige Atmosphäre geschaffen werden konnte. Vor Beginn der Interviews wurde nochmals das Einverständnis eingeholt und darauf hingewiesen, dass die Interviews aufgezeichnet und transkribiert werden. Die Interviews dauerten zwischen zwanzig Minuten und einer Stunde. Nach Abschluss der Interviews wurde mit der Audiotranskription begonnen. Hierfür wurde das Programm MAXQDA verwendet. Es wurden die Transkriptionsregeln der erweiterten inhaltlich-semantischen Transkription nach Dresing und Pehl (2018, zit. n. Rädiker & Kuckartz, 2019) angewandt. Die Transkription erfolgte wörtlich. Dialekte wurden geglättet und ins Hochdeutsche übersetzt. Für kurze Pausen wurden Punkte in Klammer gesetzt. Ab vier Sekunden wurden die Pausen in Ziffern dargestellt und in Klammer gesetzt. Besonders betonte Begriffe wurden unterstrichen. Zwischengeräusche wie lachen, husten, räuspern wurden in das Transkript mit aufgenommen. Rezeptionssignale wurden teilweise mittranskribiert, wenn es einen erkenntlichen Einfluss auf den Redefluss hatte. Die erzählende Person wurde mit „E“, die interviewende mit „I“ angegeben. Zeitmarken wurden automatisch nach jedem Sprechwechsel gesetzt. Dies ermöglichte bei der Analyse ein erneutes Hineinhören in die jeweilige Sequenz. Wurden Sätze unterbrochen, wurde dies mit einem „/“ vermerkt. Stottern wurde geglättet beziehungsweise ausgelassen. Unverständliches wurde mit einem „(..),(...)“ versehen.

### **3.2.3. Stichprobe**

Die Stichprobe setzt sich aus Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege zusammen. Eingeschlossen wurden Studierende des vierten Semesters für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege der Fachhochschule Wiener Neustadt. Im vierten Semester wird laut dem Curriculum aus 2019 das Berufspraktikum III mit berufspraktikumsbegleitendem Seminar im Ausmaß von 27 ECTS absolviert. Dieser Zeitraum bot sich für die Erhebung mittels Diary-Verfahren an. Kontaktiert wurden auch Studierende aus dem ersten Studienjahr. Dies sollte einen Vergleich zu jenen Studierenden ermöglichen, die im Studium schon weiter fortgeschrittenen waren. Angestrebt wurde die Rekrutierung von sechs bis maximal zehn Teilnehmer:innen, um aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten. Rückmeldungen kamen von sechs Studierenden aus dem vierten Semester, welche sich auch schließlich für die Teilnahme entschlossen.

### **3.2.4. Feldzugang**

Die Rekrutierung erfolgte über die Fachhochschule Wiener Neustadt. Es wurde die Leitung des Studienganges Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege kontaktiert und über das Forschungsvorhaben informiert. Die Autorin erhielt die E-Mail-Adressen potenzieller Interessent:innen und sendete eine Vorinformation über das Forschungsvorhaben aus. Durch die Durchführung der Studie entstand kein Abhängigkeitsverhältnis, weder von Seiten der Forscherin noch von der Organisation. Im Vordergrund stand die Freiwilligkeit der Teilnehmer:innen, an der Studie teilnehmen zu wollen. Nach Kontaktaufnahme mit der Forschenden wurde via MS Teams das konkrete Vorhaben dargelegt. Sechs weibliche Studierende im Alter zwischen 21 und 23 Jahren zeigten Interesse und wurden in die Studie aufgenommen. Nach dem Einverständnis zur Teilnahme wurden die Teilnehmenden in die Nutzung und Anwendung des Online-Tagebuchs eingeführt und ihre Aufgabe in den Praktikumsmonaten nochmals erläutert.

Die Ausbildung zum gehobenen Dienst umfasst drei Jahre, in denen neben Fachkompetenzen auch sozialkommunikative Fähigkeiten und Selbstkompetenzen vermittelt werden. Die Ausbildung muss mindestens 4600 Stunden in Theorie und Praxis enthalten, wovon mindestens die Hälfte der Ausbildungsstunden in praktischer Ausbildung stattzufinden hat. In den Praktika ist es den Auszubildenden möglich, unter Anleitung und Aufsicht pflegerische Tätigkeiten des gehobenen Dienstes auszuüben (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz [GuKG], idgF). Studierende des Bachelorstudienganges Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege der Fachhochschule Wiener Neustadt absolvieren bis zum Abschluss 2300 Praktikumsstunden. Diese

finden in Bereichen wie der mobilen Pflege, der Langzeitpflege, im Akutsetting sowie im Präventions- und Rehabilitationsbereich statt. Im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben wählen Studierende ihre Praktikumsstellen selbst aus. Bis zum vierten Semester absolvieren die Studierenden 759 Praktikumsstunden (Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband [OEGKV], o.D.; Fachhochschule Wiener Neustadt [FHWN], o.D.). Die folgende Tabelle bietet eine Übersicht über die abgeschlossenen Praktika der sechs Teilnehmerinnen bis zum Zeitpunkt der Erhebung.

| <i>Teilnehmerinnen</i> | <i>Setting</i>    |                       |                      |                                        |
|------------------------|-------------------|-----------------------|----------------------|----------------------------------------|
|                        | <i>Akutpflege</i> | <i>Langzeitpflege</i> | <i>Mobile Pflege</i> | <i>Prävention &amp; Rehabilitation</i> |
| <i>PB01</i>            | •                 | •                     |                      |                                        |
| <i>PB02</i>            | •                 | •                     |                      | •                                      |
| <i>PB03</i>            | •                 | •                     | •                    |                                        |
| <i>PB04</i>            | •                 | •                     | •                    |                                        |
| <i>PB05</i>            | •                 | •                     | •                    |                                        |
| <i>PB06</i>            | •                 | •                     | •                    | •                                      |

*Tabelle 2 Praxiserfahrung der Teilnehmerinnen vor Studienteilnahme*

Das vierte Semester umfasst das Berufspraktikum III und berufspraktikumsbegleitende Seminar sowie fachpraktische Übungen am dritten Lernort (FHWN, o.D.). In berufspraktikumsbegleitenden Seminaren erhalten Studierende die Möglichkeit, Praxissituationen anhand des Reflexionszyklus nach Graham Gibbs (1988, zit. n. Johns, 2004) zu reflektieren. Um komplexe Situationen, die bei Beziehungsgestaltung zwischen Patient:innen und Auszubildenden entstehen, besser erfassen zu können, wurde die Personzentrierung implementiert. Kernelement der Personzentrierung ist die ganzheitliche Betrachtung des Menschen und seiner Bedürfnisse. Ziel ist es, eine auf Vertrauen basierte therapeutische Beziehung aufzubauen. Dies ist Voraussetzung für die Betreuung und Förderung des Genesungsprozesses. Die Implementierung der Personzentrierung in die Lehre gelingt stufenweise durch Vermittlung von Wissen zum Modell sowie durch Reflexion personzentrierter Momente und der Entwicklung einer personzentrierten Kultur sowie Haltung (Zojer et al., 2022).

Die Untersuchung fand während der von der österreichischen Bundesregierung neu erlassenen COVID-19-Bestimmungen statt. COVID-19, ausgelöst durch den SARS-Cov-2-Virus, ist eine

durch Tröpfchen, Aerosole und Flächen übertragbare infektiöse Krankheit, die zumeist mit einem respiratorischen Infekt einhergeht. Einschränkungen, wie Geschmackminderung oder Verwirrtheit, aber auch gastrointestinale Beschwerden wie Übelkeit, Anorexie, Erbrechen und Diarrhoe können auftreten. Eine erhöhte Mortalität wird insbesondere bei schweren Verläufen durch Multiorganversagen beobachtet (Robert Koch-Institut [RKI], 2021). Aufgrund der rasanten Ausbreitung des SARS-Cov-2-Virus wurden von Seiten der Regierung Maßnahmen zur Eindämmung verhängt. Die im Februar 2021 in Kraft getretene 4. COVID-Schutzmaßnahmenverordnung besagt, dass Mitarbeitende bei Betreten von Alten- und Pflegeheimen, Kranken- und Kuranstalten und bei Kontakt mit zu Pflegenden den Mund- und Nasenbereich abdecken müssen und eine Atemschutzmaske, wie die FFP2-Maske ohne Ausatemventil oder gleichwertig, tragen müssen. Ziel der Umsetzung des COVID-19-Präventionskonzeptes war es, das Infektionsrisiko zu reduzieren (Bundesgesetzblatt II Nr. 58/2021).

### 3.3. Gütekriterien

Um wissenschaftliche Qualität zu gewährleisten, wurden die Gütekriterien qualitativer Forschung von Lamnek (2016, zit. n. Mayer, 2022) herangezogen. Dieser beschreibt als zentrales Kriterium die Validität, welche Aspekte wie „*Vertrauenswürdigkeit, Glaubwürdigkeit, Verlässlichkeit und Bestätigbarkeit*“ (Lamnek & Krell, 2016, S. 157) einschließt. Um die Gültigkeit der Ergebnisse überprüfen zu können, finden verschiedene Formen der Validierung Anwendung. Die ökologische Validierung beschreibt, dass die Untersuchung im natürlichen Lebensraum mit so wenig veränderten Rahmenbedingungen wie möglich stattfinden soll. Die Datengewinnung sollte demnach der Eigenwelt der Proband:innen angepasst werden und nicht umgekehrt. Die kommunikative Validierung erfolgt durch Überprüfung der Erkenntnisse durch die Teilnehmenden. Bei der argumentativen Validierung sollen Vorannahmen beschrieben und Argumente mit dem Datenmaterial belegt werden. Das Beziehen auf andere validierte Ergebnisse entspricht der kumulativen Validierung. Im Sinne der prozeduralen Validierung sind Regeln im Forschungsprozess darzulegen. Durch analytische Induktion können die Ergebnisse validiert werden, indem gezielt nach abweichenden Fällen gesucht und diese in die Analyse mit eingeschlossen werden. Die Validierung durch Triangulation kann forscher-, theorien-, methoden- oder datenübergreifend erfolgen. Die „Between Method“ oder auch „Within Method“ ermöglicht es, im Rahmen eines Forschungsansatzes wie der qualitativen Forschung mithilfe unterschiedlicher Datenquellen die Erkenntnisse zu überprüfen und Verzerrungen der Wahrnehmung zu reduzieren (Lamnek & Krell, 2016).

Um den genannten Kriterien gerecht zu werden, wurde die Datenerhebung im vierten Semester angesetzt, in dem sich Studierende im Praktikum in den selbst gewählten Bereichen und Stationen befanden, was ihrer natürlichen Lebenswelt als angehende Pflegepersonen entsprach. Das anschließende Interview wurde an der Fachhochschule Wiener Neustadt durchgeführt, in dem den Studierenden für gewöhnlich theoretische Inhalte vermittelt werden sowie die Möglichkeit zur Reflexion über erlebte Situationen im Rahmen des berufspraktikumsbegleitenden Seminars angeboten wird. Durch das Führen der Interviews hatten Studierende die Möglichkeit, das in den Tagebüchern Beschriebene zu korrigieren und Annahmen der Forschenden zu bestätigen oder zu widerlegen. Argumente der Forschenden wurden mit Zitaten aus dem Datenmaterial versehen. Die Ergebnisse wurden vor Hintergrund bestehender Erkenntnisse und theoretischer Modelle diskutiert und interpretiert. Die Prinzipien der qualitativen Forschung sowie die genaue Vorgehensweise der Datenerhebung und Auswertung wurden dargelegt. Es wurden Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen den Teilnehmenden vermerkt und in die Interpretation mit einbezogen. Die Kombination aus Diary Method und leitfadengestützter Interviews diente dazu, einen tiefergehenden Einblick in die Wirklichkeit der Betroffenen zu erlangen und die neu gewonnenen Erkenntnisse aus den Ekel-Tagebüchern mit den Erzählungen aus dem Interview zu ergänzen, zu überprüfen bzw. zu vergleichen.

### **3.4. Ethische Aspekte**

Aus forschungsethischer Sicht wird zunächst die Freiwilligkeit der Teilnahme betont. Interessent:innen erhielten vorweg eine Information zum Ziel und Zweck des Forschungsvorhabens, den genauen Ablauf sowie den zu rechnenden Zeitaufwand. Studierende der Fachhochschule Wiener Neustadt der Gesundheits- und Krankenpflege erhielten über ihren Studienzugang eine E-Mail mit dem Informationsschreiben inklusive Rückmeldungsmöglichkeit. Für Rückfragen stand die Forscherin jederzeit zur Verfügung. Die Auszubildenden meldeten sich bei Interesse bei der Forschenden. Erst nach Erhalt der Einverständniserklärung wurden die Personen in die Studie eingeschlossen. Den Probandinnen blieb die Möglichkeit offen, das Führen des Tagebuchs vorzeitig zu beenden, das Interview abubrechen und in Folge dessen die Teilnahme zurückzuziehen. Da es sich bei Studierenden der Gesundheits- und Krankenpflege um keine vulnerable Gruppe handelt, wurde von einem Hinzuziehen der Ethikkommission abgesehen.

### **3.5. Datenauswertung**

Ziel der Arbeit war es, das subjektive Empfinden von Auszubildenden während ihrer praktischen Tätigkeit zu erforschen. Durch die offene Herangehensweise bei der Datenerhebung und Auswertung, sollten ausreichend Daten zur Vertiefung vorhandener Erkenntnisse generiert werden (Mayer, 2022).

Die reflexive thematische Analyse nach Braun & Clarke (2022) bildet die Grundlage für die Auswertung und Interpretation. Diese teilt sich in sechs Schritte. Dabei ist es notwendig, sich zunächst mit dem Datenmaterial vertraut zu machen sowie Zusammenhänge und Unterschiede zu erkennen. Es ist erforderlich, sich umfassend mit den Daten zu beschäftigen, um sich die Vielfältigkeit der Daten zu Nutze machen zu können und besonders interessante Erkenntnisse zu gewinnen. Anstelle einer Zusammenfassung der Inhalte, taucht die forschende Person in die Daten ein und betrachtet diese auch aus einer kritischen Perspektive. Das Vorwissen und mögliche Implikationen zum Thema sind dabei zu berücksichtigen und kritisch zu hinterfragen.

Memos wurden eingesetzt, um Ideen und Gedanken zur Interpretation festzuhalten. Nach dem Vertrautmachen mit den Daten erfolgte die Codierung. Diese kann induktiv oder deduktiv erfolgen. Beim induktiven Analyseverfahren werden die Kategorien aus den Daten gewonnen. Ein deduktives Vorgehen ermöglicht es, eine andere Perspektive bei der Interpretation der Daten einzunehmen, indem Codes und Themen anhand theoretischer Modelle geprüft und ergänzt werden.

Für die Fragestellung relevante Themen wurden identifiziert und wichtige Elemente mit Markern hervorgehoben oder eingekreist. Nachdem die erste Phase des Vertrautmachens und das Zuordnen erster Codes abgeschlossen war, wurde in der Literatur nach bekannten Konzepten zum Thema Ekel gesucht. Anhand der neu gewonnenen Erkenntnisse, konnten die ersten Codes konkretisiert und in MAXQDA den jeweiligen Sequenzen zugeordnet werden. Dies erfolgte zunächst bei den Tagebüchern und im Anschluss bei den Interviews. In weiterer Folge wurden Überlegungen über mögliche Kategorien und Themen zu Papier gebracht. Visual Maps dienten der Visualisierung der neu gewonnenen Erkenntnisse. Diese sind laut Braun & Clarke (2022) in einem nächsten Schritt zu überprüfen, zu definieren, zu benennen und schließlich in einem Bericht darzulegen.

## 4. Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Erkenntnisse aus der Methoden-Triangulationsstudie in Hinblick auf die zu beantwortenden Fragestellungen dargelegt. Hierfür werden zunächst die Ergebnisse der Diary-Method beschrieben. Anschließend werden die Erkenntnisse aus der Interviewanalyse dargestellt.

### 4.1. Ergebnisse der Ekel-Tagebücher

Während der Praxismonate wurden Studierende gebeten, Ekelsituationen mithilfe eines Online-Tagebuchs schriftlich festzuhalten. Die Dokumentation der Ekel-Situationen und erstmalige Reflexion des Erlebten wurden individuell durchgeführt. Die Leitfragen, die der Anleitung des Online-Tagebuchs beigelegt waren, wurden teilweise Schritt für Schritt beantwortet und teilweise als Orientierungshilfe genutzt. Dabei unterschied sich auch die Häufigkeit der Dokumentation sowie das Zeitfenster, in dem Situationen dokumentiert wurden. Die Situationen, die reflektiert wurden, weisen einige Aspekte des Sich-ekelns in der praktischen Ausbildung auf. Diese werden in Abbildung 2 visuell und folglich narrativ dargestellt.



Abbildung 2 Übersicht Ergebnisse Diary-Method

In einem ersten Schritt wird die Wahrnehmung von Ekel beschrieben. Dazu gehören der Ausdruck von Ekel sowie physiologische Auswirkungen und das Gefühlserleben der Betroffenen. Die unterschiedlichen Auslösefaktoren für das Ekelempfinden der Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege werden auf zwei Ebenen beleuchtet. Diese umfasst die Wahrnehmung auf sensorischer und kognitiver Ebene. In weiterer Folge werden Einflussfaktoren auf das Ekelempfinden und die Handlungsfähigkeit dargelegt. Die Ergebnisse der Diary Method schließen mit Strategien im Umgang mit Ekel und der übergeordneten Haltung „Ekel gehört dazu“ ab.

#### 4.1.1. Wahrnehmung von Ekel

Im Rahmen der Untersuchung mittels Diary-Method wurden Merkmale des Ekels festgestellt. Die Teilnehmenden nahmen körperliche Veränderungen wahr und bemerkten ein verändertes Gefühlserleben. Diese Veränderungen konnten von den Teilnehmenden selbst, aber auch von Personen aus dem Umfeld beobachtet werden. Im Folgenden wird auf die unterschiedlichen Ausdrucksweisen von Ekel in pflegerischen Situationen und deren Auswirkungen auf das physische und psychische Empfinden der Studienteilnehmerinnen eingegangen.

##### *Ekel- Expressionen*

Ekel wird von den Teilnehmenden bemerkt, indem sie physiologische Veränderungen im Körper wahrnehmen. Expressionen des Ekelempfindens, welche sich insbesondere in Gestik und Mimik bemerkbar machen, können auch von außenstehenden Personen, wie Patient:innen oder Kolleg:innen beobachtet werden. Empfinden Auszubildende während einer pflegerischen Handlung Ekel, geht dies zumeist mit dem Anspannen von Gesichtsmuskeln einher. Dabei wird die Nase gerümpft und die Mundwinkel nach unten gezogen.

*„Ich habe die Nase gerümpft und bin kurz zusammengezuckt.“ (Tagebuch PB04, Pos. 48-49)*

*„Der Ekel hat sich (mal wieder) durch Mund-verziehen geäußert.“ (Tagebuch PB06, Pos. 173)*

Durch die Teilnahme an der Studie nahmen die Probandinnen Ekel bewusst wahr. Der veränderte Fokus auf das Gefühl des Ekels ließ die Teilnehmenden erkennen, wie und wann Ekel auftritt. Die Expressionen werden dem Ekel-Gefühl zugeordnet und können in anderen Situationen, wo dieser zum Ausdruck kommt, erneut dem Ekel zugeordnet werden:

*„Mittlerweile erkenne ich gut, wenn ich Ekel empfinde, weil ich mich selbst immer wieder beim Mund-verziehen ertappe.“ (Tagebuch PB06, Pos. 149-150)*

Ekel stellt für die Auszubildenden eine Reaktion der Abwehr und Abneigung dar. Dies spiegelt sich im Verhalten der Probandinnen wider.

*„Aus Reflex verzog ich das Gesicht und wich einen Schritt zurück.“  
(Tagebuch PB02, Pos. 23-24)*

*„Mein Ekel hat sich durch eine Abneigungsreaktion und Gesicht verziehen geäußert.“ (Tagebuch PB06, Pos. 464-465)*

Es wird davon ausgegangen, dass die charakteristischen Züge des Ekelempfindens auch von anderen Personen als solche identifiziert werden. Das Gefühl kann somit lediglich ausgelebt werden, wenn niemand ihren Ekel beobachten kann.

*„Da ich in der Spüle alleine war, ließ ich meinen Ekelexpressionen freien Lauf und hab sogar verbal kommentiert, wie eklig ich das alles gerade finde. Natürlich geflüstert. Auch mein Gesicht hat davon profitiert und konnte sich endlich mal in alle Richtungen bewegen.“ (Tagebuch PB06, Pos. 339-341)*

Ekel zeigt sich nicht nur durch eine veränderte Mimik, sondern auch durch eine abweisende Körperhaltung. Der Wunsch nach Distanz stellt eine natürliche Reaktion des Körpers dar, sich vom ekelerregenden Ereignis zu entfernen. Diese Form der Abneigung wird nicht nur nach außen hin zum Ausdruck gebracht. Inwieweit sich der Ekel auf das körperliche Befinden auswirkt, wird im Folgekapitel näher erläutert.

### ***Physiologische Veränderungen***

Die Studienteilnehmerinnen beschreiben unterschiedliche körperliche Empfindungen in ekelerregenden Situationen. Dabei werden nicht nur Wahrnehmungen hinsichtlich der Gestik und Mimik genannt, sondern auch physiologische Veränderungen, die als Reflex auftreten und nur schwer unterdrückbar sind. Übelkeit und Erbrechen können Ausdruck des Ekels und zugleich auch die Folge sein. Bei Übelkeit wird der Würgereiz ausgelöst und im schlimmsten Fall muss sich die Person übergeben. Dies konnte jedoch von den Teilnehmerinnen abgewendet werden. Das unangenehme Gefühl der Übelkeit ist häufig präsent. Die Intensität der Übelkeit wird unterschiedlich stark wahrgenommen.

*„Ich habe den Ekel als aufkommendes Unwohlsein empfunden, mir wurde ein wenig schlecht.“ (PB04, Pos. 73-74)*

*„Jedes Mal, wenn ich das Zimmer betreten habe, habe ich Ekel empfunden, der Ekel hat sich insofern gezeigt, dass ich das Gefühl hatte, als müsste ich mich beinahe erbrechen.“ (Tagebuch PB04, Pos. 163-165)*

Obwohl die Übelkeit aufgrund der Häufigkeit des Auftretens teilweise als belastend beschrieben wird, verschwindet dieses Gefühl meist nach kurzer Zeit. Ob es sich dabei um wenige Minuten oder Sekunden handelt, wurde nicht festgehalten. Nach Beseitigung des Ekelereignisses verfliegt das Gefühl der Übelkeit zumeist schnell.

*„Mir ist bisschen flau im Magen geworden, aber das verging schnell.“  
(Tagebuch PB03, Pos. 16-17)*

Weitere körperliche Beschwerden, die in den Tagebüchern festgehalten wurde, sind Schwindel und Kreislaufbeschwerden. Dieses wird beschrieben mit einem Hitze- sowie einem mulmigen Gefühl.

*„Komischerweise habe ich diesmal nicht meinen Mund verzogen, sondern sogar ein bisschen mit meinem Kreislauf zu kämpfen gehabt.“ (Tagebuch PB06, Pos. 109-110).*

*„Mir wurde zuerst flau im Magen, dann konnte ich nichts mehr hören und als mir schwindelig wurde habe ich schwarze Pünktchen gesehen.[...]“ (Tagebuch PB03, Pos. 39)*

Im weiteren Verlauf konnte nicht nur körperliches Unwohlsein, sondern auch Auswirkungen auf kognitiver Ebene erkannt werden. Das Gefühlserleben des Ekels stellt eine besondere Form des Ausdrucks dar. Nicht nur die körperlichen Einschränkungen können unangenehm für die Betroffenen sein. Wirkt sich das Empfinden auf mentaler Ebene aus, ist die Handlungsfähigkeit der Auszubildenden gefährdet.

### ***Gefühlserleben von Ekel-Situationen***

Der Ausdruck von Ekel kann auf unterschiedliche Weise erfolgen. Nicht nur die physische Komponente hat einen Einfluss auf das pflegerische Handeln und Wohlbefinden der Auszubildenden. Ekel in pflegerischen Situationen kann auch andere Gefühle bei den Betroffenen hervorrufen, welche ausschlaggebend für die weitere Betreuung sind. Generell werden ekelbehaftete Situationen von den Probandinnen als unangenehm erlebt und wollen vermieden werden.

*„Gepaart mit ihrem ungepflegten Auftreten war diese Situation sehr unangenehm und ekelhaft für mich.“ (Tagebuch PB05, Pos. 20-21)*

In einem Tagebuch wurde beschrieben, dass nicht definiert werden konnte, wie sich der Ekel geäußert hat. Es wurde jedoch als unangenehm bezeichnet, sich in solch einer Situation zu befinden.

*„Wie sich der Ekel geäußert hat, kann ich so nicht sagen. Ich habe mir einfach gedacht, dass es mir unangenehm ist, diese Essensbröckchen und den Schleim zu sehen.“ (Tagebuch PB04, Pos. 36-38)*

Fehlt den Auszubildenden ein angemessener Umgang mit Ekel, führt dies zu Einschränkungen in Betreuungssituationen. Der Ekel tritt in den Vordergrund und führt zu negativen Gefühlen. Die Machtlosigkeit, die manche Teilnehmenden dabei verspüren, lässt ihren Körper lähmen und führt letztlich zu Frustration. Dabei handelt es sich nicht um Ekel vor pflegerischen Maßnahmen, sondern um Ekel gegenüber dem Verhalten der Patient:innen.

*„Diesmal äußerte sich der Ekel anders als sonst, ich wurde immer frustrierter mit diesem Patienten. Ich habe ihn 3 mal Eingeschult damit er sich das Insulin selbst spritzen könnte, doch er hatte kein Interesse daran.“ (PB03, Pos. 112-116)*

Wenn Ekelgefühle die Betroffenen überkommen, löst dies in manchen Fällen Verzweiflung aus. Dieses geschieht insbesondere dann, wenn Auszubildende der Situation hilflos ausgeliefert sind und nichts gegen das Ereignis unternehmen können.

*„[...]Das Schlimme hier war, man kann nichts dagegen machen [...] Ich war echt verzweifelt, ich hätte weinen können aber gleichzeitig auch brechen, weil ich so angeekelt war.“ (Tagebuch PB06, Pos. 313-317)*

Ekel stellt für Auszubildende ein normales Gefühl dar und soll bzw. darf auch von Pflegepersonen empfunden werden und auch thematisiert werden. Es ist den Auszubildenden ein Anliegen, Personen in Hinblick auf Ekel in der Pflege zu sensibilisieren und Ekel auch zuzulassen. Auf der anderen Seite zeigt sich, dass, wenn sich Auszubildende von Patient:innen distanzieren

möchten, da dieser oder ein gewisser Umstand zu Ekel führt, dieses Schuldgefühle auslöst. Ekel, als Schutzreflex, soll die Betroffenen vor Gefahren schützen und aufzeigen, wann es erforderlich ist, sich zu distanzieren, um das Infektionsrisiko zu reduzieren. Dennoch empfinden Auszubildende ihr Verhalten teilweise als nicht angemessen oder nicht professionell. Auch im Praktikum wurde der Umgang mit Ekel unterschiedlich gehandhabt. Je nachdem, welche Haltung die examinierten Pflegepersonen zu Ekel hatten, konnten die Auszubildenden das Gefühl des Ekels ausleben oder mussten es unterdrücken. Der heterogene Zugang zum Thema Ekel führt dazu, dass dieser nicht immer so ausgelebt werden kann, wie gewünscht.

*„Nachdem ich dann Handschuhe angezogen habe, war es eh voll in Ordnung aber im ersten Moment war ich echt schockiert, konnte meinen Ekel aber gar nicht so zum Ausdruck bringen oder irgendwie besprechen, weil es für die anderen Schwestern wie gesagt irgendwie total normal ist.“ (Tagebuch PB06, Pos. 351-353)*

Auszubildende verfolgen das Ziel, den Ekel zu unterdrücken. Dies kann in manchen Situationen als sehr anstrengend wahrgenommen werden.

*„Schwierig wird es auch hier mit dem Würge-und Brechreiz meinerseits. Diesen zu unterdrücken bzw. bewusst mit aller Kraft auszuschalten ist sehr anstrengend und alles andere als einfach. Gleichzeitig muss man sich aber auch um den Patienten kümmern und ihn versorgen, obwohl man gerade selber mit der Situation zu kämpfen hat. Für mich ist es wirklich eine Höchstleistung, in solchen Situationen einen guten Magen zu bewahren und so menschenwürdig wie nur möglich sich um den Patienten zu kümmern.“ (Tagebuch PB01, Pos. 154-159)*

Ekel kann für die Betroffenen herausfordernd sein. Gelingt es ihnen jedoch, den Ekel zu unterdrücken und die geplante Maßnahme weiter auszuführen sowie eine professionelle Haltung zu bewahren, indem die Betreuung der Patient:innen aufrecht gehalten wird, kann dies zu einem Empfinden von Tapferkeit und Stolz bei den Auszubildenden führen.

*„Gänsehaut as always aber außer dem habe ich mir nichts anmerken lassen, ich bin fast ein bisschen stolz auf mich.“ (Tagebuch PB06, Pos. 331-332)*

*„Ich habe wieder gemerkt wie sich langsam mein Mund verzieht und mir ein bisschen mulmig (schwindelig wäre hier zu dramatisch dargestellt, aber ich denke man versteht was ich meine)*

*wurde. Aber ich war tapfer und habe alles ohne gröbere Zwischengefälle gesäubert und 'abgedichtet'.*“ (Tagebuch PB06, Pos. 136-139)

Um welche Situationen es sich konkret handelt, in denen die Untersuchungsteilnehmerinnen Ekel erfahren haben, wird im Folgekapitel näher erläutert. Je nach Ekel-Ursache zeigen sich unterschiedliche Erlebnisse zum Ekelempfinden. Neben den auslösenden Faktoren wird auch die Bedeutung der Sinnesorgane in Bezug darauf beleuchtet.

#### **4.1.2. Ekel-Auslöser – sensorische Ebene**

In den Tagebüchern wurden pflegerische Situationen beschrieben, in denen die Teilnehmerinnen Ekel empfanden. Den Ekel-Situationen liegen unterschiedliche Ursachen zugrunde, welche im folgenden Kapitel näher erläutert werden. Unterschieden wird bei den Ekel auslösenden Faktoren zwischen klassischem Ekel und einer etwas anderen Form des Ekels, welche bis zum Untersuchungszeitpunkt für die Auszubildenden noch wenig bekannt war. Der Ekel auf sensorischer Ebene umfasst dabei den sogenannten klassischen Ekel. Ekel entsteht allgemein durch Aufnahme äußerer Reize. Bei klassischem Ekel wurde in der Dokumentation oftmals hervorgehoben, wie die Reize wahrgenommen wurden. Es wurden unangenehme Gerüche, unangenehme Berührungen, Geräusche oder ekelerregende Erscheinungen beschrieben. Je nachdem, ob sich das Ekelobjekt olfaktorisch, haptisch, auditiv oder visuell zu erkennen gab, empfanden die Teilnehmerinnen unterschiedlich starken Ekel. Inwiefern Aussehen, Geruch, Geräusch oder Berührungen Ekel ausgelöst haben, wird nun im weiteren Verlauf näher beschrieben. Die nachfolgende Abbildung stellt eine Übersicht der Ekel auslösenden Faktoren auf sensorischer Ebene dar.

#### ***Ausscheidungen***

Ekel gegenüber Ausscheidungen wurde von den Auszubildenden am häufigsten beschrieben. Bei der Auseinandersetzung mit Ausscheidungsprodukten von zu Pflegenden entstand ein unangenehmes Gefühl bei den Auszubildenden. Beschrieben wurden vorwiegend Situationen bei Konfrontation mit Stuhl. Die Dokumentation der Teilnehmenden zeigt, dass es sich dabei nicht um gewöhnliche Situationen handelt, in denen pflegebedürftige Personen hinsichtlich ihrer Ausscheidungen zu versorgen sind. Meist sind es außergewöhnliche Situationen, die bei den Auszubildenden Ekel verursachen.

Die Ausscheidungen wurden visuell und olfaktorisch wahrgenommen. Unangenehm wurde es für die Teilnehmenden insbesondere dann, wenn der stechende Geruch von Stuhl in den Vordergrund rückte.

*„Man muss sich vorstellen, ständig dem scharfen Geruch/Stuhl ausgesetzt zu sein.“ (Tagebuch PB01, Pos. 117-118)*

Auch veränderte Stuhlkonsistenz und die haptische Wahrnehmung dessen, lösten Ekel aus.

*[...] heute habe ich Ekel empfunden, als ich ein Colostoma ausdrücken musste. Der Ekel wurde ausgelöst beim Öffnen des Beutels und dem darauf folgenden Geruch und das Gefühl von warmen Stuhl zwischen den Fingern (auch wenn meine Hand durch zwei Plastiksichten davon getrennt war).“ (Tagebuch PB06, Pos. 4-8)*

Die visuellen und olfaktorischen Eindrücke bei der Durchführung pflegerischer Maßnahmen zum einen und die dabei entstandenen Geräusche zum anderen, verursachten ein unangenehmes Gefühl bei Teilnehmenden.

*„Heute brauchten wir eine Stuhlprobe von einem Baby. [...] Deshalb mussten wir unsere Probe aus der vollen Windel kratzen. Also was heißt wir? Ich bin in der Spüle gestanden und habe versucht den grünlich-flüssigen Stuhl auch nur irgendwie in den Löffel zu bekommen, dass es ansatzweise nach etwas Verwertbarem aussieht. [...] Vom Geruch her war es nicht so schlimm, es war viel mehr der Hintergedanke was ich hier gerade eigentlich mache und das Geräusch von dem Plastiklöffel auf der halbgetrockneten Windel, dieses kratzige Schaben, was mir Gänsehaut bereitete.“ (Tagebuch PB06, Pos. 334-344)*

Es wird beschrieben, wie sehr sich das eigene Befinden in ungewöhnlichen Situationen, wie die Versorgung von Patient:innen bei übermäßig viel Stuhl, verändern kann. Diese Momente werden dann als sehr anstrengend beschrieben oder sogar als Kampf bezeichnet.

*„Überraschenderweise bekam der Patient jedoch unverhofft Stuhl. Für die Pflege normal ein Grund zur Freude, nicht aber wenn der Patient wortwörtlich aus allen Öffnungen explodiert. Schöner formuliert hatte er wirklich mehr als ausreichend Stuhl für die nächsten 4 Wochen mindestens. Ich hatte so etwas noch nie erlebt, dass flüssiger Stuhl wortwörtlich das Bett hinunter geronnen ist. Es war ein fast schon bizarrer Anblick wenn ich ehrlich bin. [...] Es war wirklich ein Kampf, die Pflege bei diesem Patienten durchzuführen, da einfach wirklich alles und damit meine ich wirklich alles voll mit Stuhl bedeckt war.“ (Tagebuch PB01, Pos. 110-117)*

Es wird deutlich, dass Ekel-Situationen, bedingt durch Körperausscheidungen wie Stuhl, zu Überforderung führen können. Beschrieben werden Situationen, die für gewöhnlich gut bewältigbar sind, jedoch in seltenen Fällen eine besondere Vorgehensweise erfordern. Für die Studierenden gehört die Versorgung von Ausscheidungen zum pflegerischen Alltag. Pflegepersonen erkennen anhand der Beobachtungskriterien, wie Menge, Häufigkeit, Geruch und Konsistenz, Abweichungen von der Norm. Anhand dieser Indikatoren können Rückschlüsse auf die Gesundheit der Patient:innen gezogen werden und erforderliche Behandlungsschritte eingeleitet werden. Handelt es sich nun um außergewöhnliche Situationen, womit die Teilnehmerinnen selten oder noch nie konfrontiert wurden, löst dies Unbehagen und Ekel bei den Teilnehmerinnen aus.

*„Der Ekel hat sich bei mir bemerkbar gemacht, als ich die Bettschüssel wieder entfernt und aus dem Zimmer getragen habe und auf eine Schüssel gefüllt mit wenig flüssigem Stuhl, dafür mit viel Blut und Koageln blickte. In dem Moment ist mir ein bisschen mulmig geworden. Hier war es nicht nur Ekel den ich verspürte, sondern gleichzeitig auch Besorgnis [...]“ (Tagebuch PB06, Pos. 20-23)*

Nicht nur ungewöhnliche Beimengungen, intensiver Geruch, untypische Konsistenz und vermehrte Defäkation werden als Ekelfaktoren identifiziert. Werden Flächen und Versorgungssysteme mit Stuhl kontaminiert, führt auch dies zu Ekelempfinden. Als Beispiel hierfür wurde die Verschmutzung einer Wundversorgung durch Stuhl genannt. Die Kontamination mit Stuhl birgt nicht nur Gefahr einer Infektion, sondern ekelt Studierende auch an.

*„Diese Drainage ist mehrfach ausgelaufen, sodass der Verband mit Stuhl durchtränkt war. Ich habe Ekel empfunden, als ich den Stuhldurchtränkten Verband gesehen und gerochen habe.“ (Tagebuch PB04, Pos. 108-111)*

Es werden Situationen geschildert, die in der Regel so nicht auftreten sollten. Häufig in den Tagebüchern genannt wurden Harnwegsinfekte, die durch unzureichende Hygienemaßnahmen entstanden oder sich durch ausbleibende Behandlung verschlechterten. Die Versorgung von Personen mit Harnwegsinfekten birgt unangenehme Gerüche, Beimengungen im Harn und farbliche Veränderungen. Ähnlich wie bei der Stuhlausscheidung, können Pflegepersonen und Auszubildende anhand von Beobachtungskriterien mögliche Infektionen identifizieren. Die Beobachtung und Einschätzung sind wichtige Aufgaben in der Pflege. Diese können jedoch unter gewissen Umständen herausfordernd werden.

*„Geekelt habe ich mich, als ich den Becher mit dem warmen, frischen Harn in die Hand bekam und anschließend auswerten musste und natürlich auch die Echtheit prüfen, also riechen und visuell begutachten.“ (Tagebuch PB06, Pos. 460-462)*

*„Der Pat erzählte das er seit einigen Tagen keinen Harn mehr hatte. Wir setzten dem Pat einen Katheter und aus seiner Blase kam ca 1l purer Eiter. Selbst die Ärzte meinten, sie hätten sowas noch nie gesehen. Der Anblick alleine war schon etwas ekelig aber als ich den DK nach einiger Zeit ausleeren musste und ich den fauligen Eiter Geruch in der Nase hatte wurde es wirklich ekelhaft.“ (Tagebuch PB05, Pos. 49-53)*

Weitere Ausscheidungsprodukte, die Ekel verursachten, stellen Sputum und Erbrochenes dar. Ähnlich wie bei der Beseitigung von Stuhl zeigt sich auch hier bei arbeitsintensiven Situationen ein erhöhtes Ekelaufkommen. Dabei reicht es, Erbrochenes zu sehen und zu riechen.

*„Der Patient hat Kaffeesatzartig erbrochen und das Erbrochene hat sehr gestunken.“ (Tagebuch PB04, Pos. 118-119)*

Patient:innen bei Erbrechen zu unterstützen und das Erbrochene zu beseitigen scheint für manche Teilnehmerinnen besonders ekelhaft zu sein.

*„[...] vom Mund eines kleinen Kindes direkt in meine Hand. Es war zum Glück nichts Erbrochenes, sondern eh "nur" zerkautes und eingespeicheltes Nutella-Kipferl, ich glaub sonst wär ich eh direkt aus dem Fenster gesprungen.“ (Tagebuch PB06, Pos. 297-300)*

Selbst nach Beseitigung des Ekelauslösers kann bei den Betroffenen aufgrund der ursprünglichen Kontamination Ekel auftreten.

*„[...] auch wenn er schon eine andere Kleidung bekommen hat, grauste es mir trotzdem ein wenig. Am Anfang dachte ich, dass ich gleich ebenso erbrechen muss, weil für mich diese Person so 'grauslich' wirkte.“ (Tagebuch PB02, Pos. 40-43)*

Erbrochenes als Ausscheidungsprodukt wird visuell, olfaktorisch und haptisch wahrgenommen. Ähnlich verhält sich dies auch bei Sputum.

*„Pat hatte Tracheostoma und die Sprechkanüle musste über Nacht auf eine gecuffte Kanüle gewechselt werden. Die Kollegin führte den Wechsel durch und auf der Kanüle befand sich sehr viel braunes, zähflüssiges Sekret. Zusätzlich löste der Wechsel großen Hustenreiz bei dem Pat aus und daraufhin wurde noch mehr Sekret gefördert sodass wir ihn absaugen mussten“ (Tagebuch PB05, Pos. 24-27)*

In Spezialbereichen wie Intensivabteilungen wurden beatmungspflichtige Patient:innen betreut und die Tubuspflege durchgeführt. Auch auf HNO-Abteilungen war es Aufgabe der Pflege, Tracheostomata zu versorgen. Die Tubus- oder Trachealkanülenpflege ging zumeist mit dem Absaugen von Sekret einher. Sputum, ohne Auffälligkeiten und bereits Bekanntes wirkte dabei weniger ekelerregend, als Abnormalitäten und Unbekanntes. Insbesondere anormale Farbe und Viskosität führten bei den Auszubildenden zu erhöhtem Ekelaufkommen.

*„[...] beim auf-die-Seite-drehen hat er angefangen zu husten, da ihn der Tubus anscheinend etwas gereizt hat. Durch das Husten hat er Schleim heraufbefördert, dieser Schleim war jedoch nicht zäh und gelb (so wie ich ihn bisher kannte), sondern dünnflüssig und blutig-altblutig. Das hat mir so einen Ekel bereitet, dieser Anblick mit dem Tubus und dann noch der Schleim der langsam herausgetropft ist, dass ich mir das Würgen verkneifen musste. Ich weiß nicht ob es daran liegt, dass es einfach allgemein so unnatürlich und ungesund (Ekel=Schutzreflex) ausgesehen hat, oder, weil das mein erster blutiger Schleim war, aber das war echt grauslich.“ (Tagebuch PB06, Pos. 235-241)*

Andere Körperausscheidungen, beispielsweise Schweiß oder Hautschuppen, führten ebenfalls zu einem Ekelgefühl bei den Untersuchungsteilnehmenden. Schweiß wird dabei vor allem olfaktorisch als unangenehm wahrgenommen. Auch das visuelle Erscheinungsbild der Verschmutzung löste bei Betroffenen Ekel aus. Bei Hautschuppen hingegen scheint vorwiegend der Anblick unangenehm zu sein und Berührungsängste auszulösen. Es wird als Risiko wahrgenommen, diese bei unkontrolliertem Abgang einzuatmen oder damit in Berührung zu kommen.

*„Die Haare der Patientin waren übersät von Kopfhautschuppen, die sich auch nach dem Waschen der Haare nicht wirklich gelöst haben. Das Gefühl der festsitzenden Schuppen auf den nassen Handschuhen hat mir Ekel bereitet. Erst beim Föhnen haben sie sich gelöst, das hat mir dann aber noch mehr Ekel bereitet, weil ich in dem Moment an nichts anderes denken konnte, als die Schuppen, die gerade durch die Luft fliegen und sich in meiner Kleidung, meiner Maske und meinen Haaren absetzen.“ (Tagebuch PB06, Pos. 166-171)*

Ob es sich nun um Stuhl, Harn, Erbrochenes, Schleim, Sputum oder abgestorbene Hautpartikel handelt, je nach persönlicher Abneigung intensiviert sich das Ekelaufkommen. Nicht nur die Häufigkeit an Ekelgeschehnissen nimmt zu, sondern auch, wie stark der Ekel wahrgenommen wird. Dabei können nicht nur Körperausscheidungen Ekel auslösen, sondern Personen selbst aufgrund fehlender Körperhygiene ekelerregend sein. Welchen Stellenwert Hygiene und

Sauberkeit für Auszubildende und für die Betreuung von pflegebedürftigen Personen hat, wird im Folgekapitel näher erläutert.

### ***Unzureichende Hygiene***

Das folgende Kapitel befasst sich mit Auslösefaktoren, welche unzureichender Hygiene zuzuschreiben sind. Für Auszubildende ist es wichtig, in einer sauberen Umgebung ihre Arbeit verrichten zu können. In einigen Situationen wird die potenzielle Keimbelastung thematisiert. Auszubildende priorisieren ihren Selbstschutz. Es gilt, den eigenen Körper vor (potenziell) gefährlichen Substanzen und Krankheitserregern zu schützen. Ekel ist somit ein Schutzreflex, der die Auszubildenden vor Gefahren bewahrt. Dabei sollte die Arbeitsumgebung so gestaltet sein, dass sich die Auszubildenden wohlfühlen. Da diese sich selbst als sehr ordnungs- und sauberkeitsliebend beschreiben, kann es für die Betroffenen in gewissen Situationen schwierig werden, die Pflege angemessen auszuüben, insbesondere im häuslichen Setting.

*„Am zweiten Tag meines Praktikums kamen wir zu einem Haus das von oben bis unten voll geräumt war. Die PP sagte mir schon vorher das ich mich nicht schrecken soll und das es ein "wenig" aussieht. Das Haus war vom Eingang an voll mit Kartonschachteln, Büchern, Lampen,... Auch im Zimmer, wo die zu pflegende Patientin war, war jeder cm voll geräumt mit Sachen. Es stand auch ein Aquarium ohne Fische, dafür mit Dreck auf der ganzen Scheibe, so dass man das Wasser gar nicht mehr sehen konnte. Noch dazu leben dort zwei Katzen, die nicht besonders stubenrein sind. Erster Gedanke von mir war ,Wie kann man so leben?““  
(Tagebuch PB02 , Pos. 54-61)*

Um dem Bedürfnis des Selbstschutzes nachgehen zu können, fehlt es den Betroffenen an angemessener Schutzkleidung. Die fehlende Hygiene und das einhergehende Risiko stellen unzumutbare Arbeitsbedingungen dar.

*„Wir kamen hindernislos bis zur Haustür. Ab dort wurde es spannend, da alles verdreckt, vollgemüllt und mit allen möglichen Dingen und Einrichtungsgegenständen verstellt war. Man konnte deutlich erkennen, wo der Mann gegangen war bzw. sich am meisten aufhielt, da sich dort dann keine Spinnweben befanden. Am Boden befand sich überall Katzenfutter und Rattenfallen. Ich glaubte in einer der Rattenfallen auch eine zu erkennen, es war jedoch Gott sei Dank zu finster, um es genau zu erkennen. Der Geruch zeugte dennoch davon, dass etwas in dem Haus verwest war. Es ist wirklich ekelhaft, wenn man bedenkt das unter solchen Umständen hier ein Mensch freiwillig wohnt und lebt. Was ich hierbei persönlich irgendwie ekelhaft und auch belastend finde ist der Fakt, dass man als beauftragte Pflegekraft dann die zu erbringenden Leistungen durchführen MUSS, obwohl keinerlei Hygiene oder halbwegs normale Bedingungen herrschen. Ich finde es ist oft eine Zumutung, der wir Pflegekräfte oftmals*

*wehrlos ausgesetzt sind. Ich verstehe, dass auch solche Menschen unsere Hilfe brauchen, sehe aber nicht ein, warum man dies auch unter solchen Umständen neben toten Ratten in einem totalverdrehten, schimmligen Haus, welches man ohne entsprechende Schutzanzüge meiner Meinung nach eigentlich gar nicht betreten sollte, erbracht werden MUSS.“ (Tagebuch PB01, Pos. 91-105)*

Die Angst und Sorge um die eigene Gesundheit aufgrund unhygienischer Vorkehrungen wird bei den Auszubildenden immer wieder thematisiert.

*„Wir haben derzeit ein Kleinkind auf der Station, eigentlich als Begleitperson und das krabbeln den ganzen Tag am Boden, also auch am Gang etc. herum, spielt mit dem Spielzeug in der Spielecke und nimmt die Sachen teilweise auch in den Mund. Mir graust es so dermaßen vor diesem Kind, ich will es echt gar nicht mehr angreifen. In meinen Augen ist das eine Keimschleuder vom feinsten. Ich verstehe auch die Mutter nicht, wenn ich schon ein Kind habe, welches eine Infektionskrankheit hat, dann passe ich doch auf, dass sich das Zweite nicht auch noch eine holt.“ (Tagebuch PB06, Pos. 406-411)*

Es zeigt sich jedoch nicht nur Ekel gegenüber Patient:innen und deren Umfeld oder Angehörigen und deren Verhalten, sondern auch im interprofessionellen Team. Dieser kann im Rahmen von Assistenz Tätigkeiten ausgelöst werden.

*„Richtig ekelig wurde es, wie die meisten Ärzte den Patienten einfach ohne Handschuhe berührt haben. Ganz grauenhaft sind für mich auch die Momente, wo Ärzte ihre Stetoskope benutzen, danach nicht desinfizieren und beim nächsten Patienten anwenden. Jedes Mal, wenn ich diese Dinge sehe, dann denke ich mir, dass ich nie lange im Krankenhaus bleiben könnte als Patient selbst, da ich mich einfach von der Hygiene her so ekeln würde.“ (Tagebuch PB01, Pos. 81-85)*

Aber auch innerhalb der eigenen Berufsgruppe haben sich ekelerregende Situationen erkenntlich gezeigt. Im Setting der Kinder- und Jugendlichenpflege scheint es für das Pflegepersonal normal zu sein, den Babys ohne Schutzvorkehrungen, wie Tragen von Handschuhen, die Windeln zu wechseln. Auszubildende könnten sich dies nicht vorstellen, da auch hier der Kontakt mit Ausscheidungen besteht. Das fehlende Verständnis für Hygiene führt auch hier zu Ekel.

*„Habe Praktikum auf einer Geburtshilfe gemacht und war davor noch nie in Kontakt mit Babys. Als ich das erste mal die Windel eines Babys gewechselt hab und das Mekonium des Babys sah verspürte ich auch etwas Ekel. Vor allem da alle Kollegen ohne Handschuhe arbeiteten.“ (Tagebuch PB05, Pos. 55-57)*

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Ekel bedingt durch unzureichende oder ausbleibende Hygienemaßnahmen zumeist mit Angst vor Keimbelastung einhergeht. Es handelt sich um vermeidbare Situationen, die durch Ordnung, Sauberkeit oder Desinfektion, vorgebeugt werden können. Diese Maßnahmen werden auch von den Auszubildenden als Strategie gegen Ekelgefühle beschrieben und im späteren Verlauf näher erläutert.

### ***Unterstützung bei der Körperpflege***

Studierende beziehen sich bei ihren Tagebucheinträgen auf den Erhalt ihrer Gesundheit. Die Unterstützung von Menschen beispielsweise bei pathologischem Horten scheint für die Auszubildenden belastend zu sein. Ähnlich verhält es sich auch, wenn nicht nur die Räumlichkeiten Unordnung und Schmutz aufweisen, sondern die Personen selbst ungepflegt ist. Dies verstärkt sich, wenn sich Auszubildende selbst als reinliche Menschen bezeichnen.

*„Für einen reinlichen Menschen wie mich, ist es schlimm, wenn man sieht wie wohl sich andere Menschen fühlen, ungepflegt herum zu laufen und es ihnen gar nicht aufzufallen scheint [...]“ (Tagebuch PB01, Pos. 33-35)*

Im Rahmen der Körperpflege werden Auszubildende dazu angehalten, das Hautbild und die körperliche Verfassung zu beobachten. Ungepflegtes Aussehen einerseits sowie starke Verschmutzungen und Hautdefekte in Folge dessen andererseits, können Ekel bei den Studierenden auslösen.

*„Angefangen bei seiner Haut, die Waschlappen waren bräunlich verfärbt, im Waschwasser sind Flankerl geschwommen-seine trockene Haut, die abgeschuppt ist. Ich schwöre, nur beim Anblick des Waschwassers hätte ich sofort daneben brechen können. [...] Da wars dann aus bei mir, da bin ich dann Waschwasser wechseln gegangen um mich etwas zu beruhigen. [...]“ (Tagebuch PB06, Pos. 211-223)*

Es wird eine Situation beschrieben, die von Angehörigen oder vom Patienten selbst hätte verhindert werden können. Verwahrlosung geht oftmals mit einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes einher. Körperpflege spielt demnach bei der Gratwanderung zwischen Gesundheit und Krankheit eine wichtige Rolle. Es fehlt das Verständnis für das Verhalten der zu Pflegenden. Sie können die Entscheidungen nicht nachvollziehen, wenn die betroffenen Personen keine offensichtlichen kognitiven oder körperlichen Einschränkungen aufweisen und sich gegen die Erhaltung eines gepflegten Erscheinungsbildes entscheiden.

*„Ich denke mir bei Erwachsenen Menschen, denen weder psychisch, physisch etc. etwas fehlt, immer, warum sie so ein Auftreten haben und die Basics von der Körperpflege nicht anwenden. Ich frage mich da immer, ob sie das nie von den Eltern gelernt haben, ob sie vl. zu faul sind dazu oder was auch immer Beweggründe für so ein ekelhaft ungepflegtes Aussehen sein könnten.“ (Tagebuch PB01, Pos. 24-27)*

Neben der Körperpflege im allgemeinen, scheint auch die Mund- und Zahnpflege für manche Teilnehmenden besonders unangenehm zu sein.

*„Heute habe ich einen Mann bei der Körperpflege unterstützt. Als der Mann sich die Zähne geputzt hat, habe ich Ekel empfunden, da er viele Essensbröckchen ausgespuckt hat. Eneut habe ich Ekel empfunden, als der Herr die Essensbröckchen mit der Hand in den Abfluss geschoben hat, und sich anschließend über den Mund gewischt hat.[...] Anschließend habe ich mir gewünscht, dass die Waschbecken, vielleicht, ein bisschen öfter saubergemacht werden könnten.“ (Tagebuch PB04, Pos. 31-41)*

In dieser Situation wird deutlich, dass mehrere Faktoren aufeinander wirken können. Nicht nur die Patient:innen selbst aufgrund ihres ungepflegten Auftretens können Ekel auslösen, sondern auch die Gegebenheiten der Institution. Nahrungsreste im Rahmen der Mund- und Zahnpflege zu beseitigen, kann als sehr ekelhaft empfunden werden. Das Waschbecken gilt in der beschriebenen Situation ebenfalls als Ekelfaktor, da es, sofern es nicht zuvor gereinigt wurde, als unrein gilt.

*„Unser Patient vom letzten Nachtdienst hat uns darauf hingewiesen, dass er eine Zahnprothese hat. Diese war ungeputzt, getrocknet in der Aufbewahrungsdose. Vor dem Einsetzen musste ich diese natürlich säubern - ganz neues Level von Ekel. Nun waren es nicht die aufgeweichten Nahrungsreste, die mir Unbehagen bereiteten, sondern viel mehr das Aufweichen und anschließende "Runterkratzen" der undefinierbaren Nahrungsreste.“ (Tagebuch PB06, Pos. 245-249)*

Die für Auszubildende gewöhnliche Aufgabe der Mund- und Zahnpflege führt dann zu Unbehagen, wenn eine gewöhnliche Pflege nicht mehr ausreicht. Auch hier wird deutlich, dass die Pflegetätigkeit an sich keine Herausforderung darstellt. Sie wird erst dann zur Schwierigkeit, wenn eine besondere Strategie überlegt werden muss, um die Sauberkeit wiederherstellen zu können, womit ein erhöhter Arbeitsaufwand einhergeht.

*„Heute habe ich mit einer weiteren PP bei einem schwer beeinträchtigtem Bewohner eine Mundpflege durchgeführt. Mit einem Mundpflegeschwämmchen sollte ich die Beläge ganz hinten im Rachen abtragen. Die Beläge waren sehr stark ausgeprägt und die verbliebenen Zähne waren auch sehr stark belegt. Der Bewohner hatte einen sehr übelriechenden Mundgeruch.“ (Tagebuch PB04, Pos. 68-72)*

Bei dieser Situation waren nicht nur visuelle Reize Auslöser, sondern auch olfaktorische. Weiter wird auch eine Situation geschildert, in der die betroffene Person in direkten Kontakt mit Nahrungsresten kam und ohne Einwilligung berührt wurde.

*„Als ich bei der Patientin war habe ich sie beim Essen unterstützt, plötzlich nahm sie meine Hand und steckte meinen Finger in ihren Mund. Ich zog meine Hand sofort zurück, wechselte meine Handschuhe [...] Normalerweise habe ich kein Problem mit Speichel da diese Patientin aber gerade gegessen hat, waren ziemlich viele Speisereste in ihrem Mund. Gepaart mit ihrem ungepflegten Auftreten war diese Situation sehr unangenehm und ekelhaft für mich.“ (Tagebuch PB05, Pos. 14-21)*

Das Überraschungsmoment kombiniert mit unterschiedlichen Ekelfaktoren verstärkt den Ekel. Im Normalfall, wie Studierende beschreiben, stellt die Auseinandersetzung mit Speichel keine große Herausforderung dar. Unverdaute Speisereste hingegen sind aufgrund des Anblickes sehr ekelerregend.

*„Bei der Zahnpflege einer Patientin (Ober- und Unterkieferprothese) sind ziemlich viele Essensreste in der Prothese geklebt, die sich nur schwer lösen ließen. Die unverdauten, aufgeweichten Nahrungsreste haben sich mit viel Schrubben abgelöst und sind im Abfluss verschwunden. Ich weiß, ziemlich banal, aber bei dem Anblick musste ich kurz sogar kurz einen Würgereiz verbergen haha.“ (Tagebuch PB06, Pos. 57-61)*

Auch hier zeigt sich eine Reihe von Ekelfaktoren. Einerseits die mit Essensresten versehene Zahnprothese, welche nur schwer zu beseitigen war. Andererseits der Anblick der Nahrungsreste, die im Waschbecken den Abfluss hinuntergespült werden. Obwohl die betroffene Person Handschuhe trägt und nicht Gefahr läuft, mit dem Unreinen direkt in Kontakt zu treten, löst unverdautes Essen aufgrund des Anblicks Ekel aus. Zusammenfassend zeigt sich, dass im Rahmen der Körperpflege insbesondere ersichtliche Verschmutzung sowie die Beseitigung von Nahrungsresten und Belägen im Zuge der Mund- und Zahnpflege zu Unbehagen bei den Betroffenen führen kann.

### ***Versorgung von Wunden***

Neben Ausscheidungsprodukten und fehlender Hygiene können auch andere Faktoren Ekel begünstigen. Auf sensorischer Ebene findet sich darüber hinaus die Versorgung von Wunden. Es entstehen, je nach Wundzustand, unangenehme Gerüche, die von den Auszubildenden wahrgenommen werden. Neben der Geruchskulisse, kann auch das Erscheinungsbild der Hautdefekte Ekel auslösen. Vorrangig werden Ulzerationen und nekrotische Wunden als ekelerregend beschrieben. Ulzerationen, wie Ulcus cruris und Dekubitalgeschwüre, führen zu einem unansehnlichen Anblick, wobei nekrotische Wunden insbesondere hinsichtlich des Geruchs belastend wirken.

*„In meinem Praktikum bei der Hauskrankenpflege gab es eine neue Klientin, die gerade eine Woche zuvor aus dem Krankenhaus entlassen wurde. Ich war mit meiner Praxisanleiterin bei ihr, um eine kleine Wunde am Gesäß zu verbinden. Schon als wir in das Zimmer kamen, wo die Klientin im Bett lag, konnte man schon einen bestimmten Geruch im Zimmer riechen, allerdings wusste ich noch nicht woher dieser kam. Als das Pflaster von der Wunde nahmen, wurde dieser Geruch noch viel stärker. Es handelte sich um einen nekrotischen Dekubitus am Gesäß.“ (Tagebuch PB03, Pos. 4-9)*

*„Bei der Patientin wurde eine Unterschenkelamputation durchgeführt. Der Fuß war bis Dienstag noch mit einem Vakuumgerät versorgt gewesen. Heute war der Fuß dann nur noch mit einem Verband versorgt. Der Fuß hat durch den Verband sehr gestunken und anfangs habe ich den Geruch gar nicht zuordnen können. Ich habe den Geruch von dem nekrotischen Fuß eklig gefunden.“ (Tagebuch PB04, Pos. 139-143)*

Der Geruch manifestiert sich nicht nur in den Wunden und der Wundversorgung, sondern überträgt sich auch auf die räumliche Umgebung. Die Abdeckung mittels Verbands reicht oftmals nicht aus, um den Geruch einzudämmen. Wird der Geruch bereits bei Betreten des Zimmers wahrgenommen, stellt dies, trotz gesetzter Gegenmaßnahmen, für die weitere Betreuung eine Hürde dar.

*„Heute hatten wir einen Patienten mit einer nekrotischen großen Zehe, auf der Station. Diese Zehe hat so sehr gestunken, dass das ganze Zimmer gestunken hat, obwohl bereits ein Raumbedufter aufgestellt war.“ (Tagebuch PB04, Pos. 160-162)*

Zudem wurde bei Verschlechterung des Wundzustandes nicht nur der intensive Geruch als ekelhaft wahrgenommen, sondern auch die Tiefe der Wunde als Ekel auslösend beschrieben.

*„Innerhalb der nächsten zwei Wochen sind auch tiefe Wundtaschen entstanden, das war der zweite Moment wo ich einen Ekel verspürte.“ (Tagebuch PB03, Pos. 15-16)*

Neben Tiefe und Geruch ekeln sich Studierende auch, wenn Wunden in größerem Ausmaß erscheinen. Insbesondere chronische Wunden, wie Ulcera, können großflächig erscheinen.

*„[...] auch noch die unzähligen chronischen Wunden, die sich wie Krater über seine gesamten Füße zogen.“ (Tagebuch PB06, Pos. 221-222)*

Beschrieben wurde ebenfalls, dass sich bei inadäquater Wundversorgung das Erscheinungsbild und der Wundzustand enorm verschlechterten. Die fehlende Kontinuität der Wundversorgung im häuslichen Setting führte damit zu einem ekelerregenden Erscheinungsbild.

*„Als wir den Verband entfernten, sahen wir eine ca 5\*2cm große Wunde, die mit einem weißen Gel gefüllt war. Wir versuchten das Gel zu entfernen, doch dies gelang uns nur teilweise. Wir fragten die Patientin wann der letzte Verbandswechsel durchgeführt wurde, sie meinte ca. vor einer Woche. Als wir letztendlich das Gel entfernt hatten (während die Patientin starke Schmerzen hatte), sah man eine tiefe Ulceration, die komplett knallig gelb belegt war, an den Rändern blutete die Wunde und es hingen auch Hautlappen am Wundrand herunter, die mit diesem Gel verwachsen waren., (Tagebuch PB03, Pos. 72-78)*

Bei chronischen Wunden gilt es eine Verschlechterung des Wundzustandes zu vermeiden und Lebensqualität zu schaffen. Werden jedoch Maßnahmen gesetzt, die das Gegenteil bewirken und eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes tritt ein, führt das wiederum zur Konfrontation mit Ekelgefühlen. Dabei werden auch Maßnahmen aus dem interprofessionellen Team beschrieben. Die Vorgehensweise der Wundversorgung wird in manchen Situationen hinterfragt. Das fehlende Verständnis für die Vorgehensweise in Kombination mit dem Erscheinungsbild nekrotischer Wunden ekeln die Studierenden an.

*„Patientin hatte diabetisches Fußsyndrom, die große Zehe war nekrotisch und der Chirurg beschloss dieses kurzerhand wegzuschneiden. Als das nekrotische Gewebe entfernt wurde kam der Knochen zum Vorschein und die Patientin war schockiert. Im ersten Moment nach dem Öffnen des Verbands wunderte ich mich über die übelriechende Wunde, danach war ich schockiert über fortschreitende Nekrose und auch über das Vorgehen des Arztes.“ (Tagebuch PB05, Pos. 3-7)*

Ähnlich dazu wurde im Rahmen einer Assistenz Tätigkeit Ekel empfunden. Beschrieben wird jedoch nicht die Versorgung einer chronischen, sondern iatrogenen Wunde, die sich infizierte.

*„Die Fasziennähte einer Wunde nach einer offenen Bauch-OP sind anscheinend aufgegangen, die Ärztin wollte das überprüfen und hat die Wundklammern entfernt. Daraufhin ist relativ viel Sekret und auch etwas Eiter ausgetreten, die Ärztin und ein anderer Arzt haben ihre Mittelfinger in der Wunde versenkt um zu überprüfen, ob die Fasziennähte noch vorhanden sind.“ (Tagebuch PB06, Pos. 47-50)*

Hierbei wird beschrieben, dass einerseits das Sekret und Pus einen unangenehmen Anblick auslösten, aber auch die Vorgehensweise der Mediziner:innen bei Überprüfung der Fasziennähte. Der unnatürliche Anblick der Vorgehensweise sorgte für ein Unbehagen bei der betroffenen Person.

Ekel bei Wunden tritt insbesondere bei Verschlechterung aufgrund Infektionen und Nekrosen auf. Anders als beim hier beschriebenen Ekel, rückt die sensorische Wahrnehmung und körperliche Belastung beim Ekel auf kognitiver Ebene in den Hintergrund und mentale Auswirkungen treten in den Vordergrund.

#### 4.1.3. Ekel-Auslöser – kognitive Ebene

Eine erweiterte Form des Ekels stellt jene auf kognitiver Ebene dar. Dabei handelt es sich nicht um den klassischen Ekel, wie zuvor beschrieben, sondern vielmehr um Verhaltensweisen, die für Betroffene unangenehm oder unangebracht sind. Die Wahrnehmung des Ekels erfolgt zwar auch sensorisch durch Hören oder Sehen des Verhaltens des Gegenübers, die Auswirkung dieser Form des Ekels erfolgt jedoch viel mehr auf kognitiver Ebene, indem das Verhalten das Wohlbefinden und die Gedanken der Betroffenen negativ beeinflusst. Das Erleben solcher Situationen löst dann nicht nur Ekel während des Ereignisses aus, sondern bleibt länger bestehen und zeigt sich auch im Nachhinein als belastend. Physiologische Veränderungen, welche insbesondere beim klassischen Ekel auftreten, rücken in den Hintergrund, wobei auch beim kognitiven Ekel ein Gefühl der Abneigung erkennbar wird. Dieser zeigt sich jedoch anders, als bei den zuvor genannten Situationen. Bei Ekelauslösern auf kognitiver Ebene können die bisher bewährten Maßnahmen keine Verbesserung bezwecken. Die Betroffenen fühlen sich von Personen angeekelt, nicht wegen des ungepflegten Aussehens, sondern aufgrund ihres Auftretens und Verhaltens gegenüber dem Pflegepersonal und teilweise auch gegenüber sich selbst. Im folgenden Kapitel wird auf das für Auszubildende unangemessene Verhalten von Patient:innen hinsichtlich deren Gesundheit sowie deren unangebrachte Verhalten gegenüber Pflegepersonen eingegangen.

#### *Übergriffiges Verhalten*

Im Rahmen der Tagebucheinträge wurde festgestellt, dass Auszubildende in der Rolle der Pflegenden, Situationen ausgesetzt werden, in denen sie nur bedingt Umgangsstrategien entwickelt haben. Die Betroffenen wurden durch anzügliches Verhalten vonseiten der Patient:innen in Verlegenheit gebracht. Aussagen, welche sich auf die Attraktivität der Probandinnen beziehen, wurden als unangebracht wahrgenommen und lösten Unbehagen aus.

*„Eine meiner täglichen Aufgaben ist es den Blutdruck, je nach Anordnung, ein- oder mehrmals zu messen. Bei einem eher jüngeren Patienten, 1975er Jahrgang, habe ich das gemacht. Nachdem der Blutdruck etwas höher als normal war, habe ich ihn gefragt, ob er sich ärgern muss oder ob er sich gerade erst hingelegt hat. Seine Antwort darauf war ‚Nein das nicht, aber wissens, wenn da so eine junge und noch dazu so hübsche Schwester herkommt, dann kann ich nicht anders‘. Okay, dachte ich mir, bin weiter gegangen zum nächsten Patienten im selben Zimmer. Der Patient bei dem ich davor messen war, meldete sich nochmal mit ‚UUUnd Schwester, wissens, wenn man dann noch die Abdrücke vom String Tanga durch die Hose sieht....Ich bin auch nur ein Mann‘. Ich war in dem Moment sprachlos. Mir hat*

*einerseits vor diesem Mann und andererseits vor meinem eigenen Körper geograust. “ (Tagebuch PB06, Pos. 29-38)*

Die Reaktion des Patienten erfolgte im Rahmen einer regulären pflegerischen Tätigkeit. Auch andere Probandinnen erlebten übergriffiges Verhalten. Dabei reichten Blicke aus, um sich vor der Person zu ekeln.

*„Der Mann wurde zwar von zwei Polizeiwachen begleitet, dennoch fühlte ich mich in seiner Gegenwart sehr unwohl. Seine Blicke waren sehr eindringlich und intim, man hatte das Gefühl, dass er uns Krankenpflegerinnen alle in Gedanken entkleidet. Ich fühlte mich entblößt und angeekelt [...] Auch wenn nicht viel wörtliche Interaktion stattgefunden hat...das Verhalten, die Blicke alleine schon haben gereicht, um mich und meine KollegInnen anzuekeln. (Tagebuch PB01, Pos. 4-13)*

Handelt es sich nun um Patient:innen, bei denen bekannt ist, dass diese inhaftiert sind, verstärkt dies das Empfinden und löst bei den Betroffenen auch Angst aus.

*„Irgendwie wusste jeder intuitiv, weshalb dieser Mann im Gefängnis einsitzen musste. Des Weiteren bekam man neben Ekel auch irgendwie Angst, weil man nicht weiß was passiert war und es auch nicht wissen will. Ebenfalls wird einem ganz mulmig zumute, weil man nicht weiß wie lange der Mann schon inhaftiert ist und wie viele Jahre er noch vor sich hat bzw. ob dieser auch irgendwann wieder frei kommt.“ (Tagebuch PB01, Pos. 7-11)*

Inwiefern Ekel mit anderen Emotionen verwechselt oder vermischt wird, ist im Zuge der Tagebuchanalyse nicht eruierbar. Letztlich werden diese Situationen von den Erzählenden als Ekel verursachend beschrieben.

### ***Gesundheitsgefährdendes Verhalten***

Das Verhalten der zu Betreuenden hat einen wesentlichen Einfluss auf das Ekelempfinden. Dabei handelt es sich nicht nur um übergriffiges Verhalten gegenüber Auszubildenden, sondern auch um gesundheitsgefährdendes Verhalten der Patient:innen gegenüber sich selbst. Pflegeauszubildende lernen im Rahmen ihrer Ausbildung über gesundheitsfördernde und krankheitsvorbeugende Maßnahmen. Verhalten sich Patient:innen gegen die ihnen empfohlenen Maßnahmen, löst dies bei den Betroffenen Ekel aus.

*„[...] Wir fragten bei der Aufnahme, ob der Patient an Diabetes erkrankt sei oder nicht, dieser meinte: "Naja, es wurde mal irgendetwas von Zucker erwähnt, aber wer könnte denn auf Süßspeisen verzichten?". Wir haben den BZ gemessen, dieser war bei 561mg/dl. Der Patient leugnete, dass er von seiner Zuckerkrankheit wusste. Später kam sein behandelnder Arzt, dieser erzählte uns, dass der Patient sehr wohl davon wusste, sein Leben aber in keinster Weise daran anpassen wolle. Anfangs empfand ich noch keinen Ekel bei diesem Patienten, denn er war körperlich nicht ungepflegt und sehr freundlich. Doch nach einer Woche wurde das Ekel-Empfinden immer stärker. Er wusch sich nicht und rauchte eine Zigarette nach der anderen. [...] Er bestellte sich Bier zu sich ins Zimmer und ließ keine Süßspeise aus [...] Wir müssen alle paar Stunden zusätzlich zu seinen normalen Insulin Einheiten noch mit einem schnell wirksamen Insulin ergänzen. Er leugnet seine Zuckerkrankheit immer noch.“ (Tagebuch PB03, Pos. 96-109)*

Das Wissen über die möglichen Auswirkungen eines nicht eingestellten Diabetes Mellitus erschwert es, das Verhalten nachzuvollziehen. Die Leugnung der Erkrankung sowie andere gesundheitsschädigende Verhaltensmuster, wie Nikotinabusus und regelmäßiger Alkoholkonsum, lösen Unverständnis und Ekel aus. Die betroffene Person äußert Frustration, aufgrund der fehlenden Einsicht des Patienten.

*„Diesmal äußerte sich der Ekel anders als sonst, ich wurde immer frustrierter mit diesem Patienten.“ (Tagebuch PB03, Pos. 112)*

Es fehlt das Verständnis für das Verhalten der Patient:innen und deren Entscheidungen hinsichtlich der Lebensweise. Es sind Situationen, in denen Studierende sich machtlos fühlen, da sie keine Möglichkeit finden, zu den Patient:innen durchzudringen. Es fehlt die Strategie im Umgang mit Patient:innen, als auch im Umgang mit dem hervorgerufenen Ekel.

Dies zeigt sich auch, wenn Patient:innen die Versorgung ablehnen oder die professionelle Unterstützung nicht annehmen möchten und dies zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes führt. Nicht die Entscheidung, sich nicht helfen zu lassen, lässt die Studierenden ekeln. Ursprung für das Ekelereignis ist dann die ausbleibende Selbstfürsorge und der in weiterer Folge verschlechterte Gesundheitszustand und Lebensumstand. Die Sorge der Auszubildenden liegt hierbei auf dem beeinträchtigten Wohlbefinden und der gefährdeten Gesundheit der Erkrankten.

*„Ich musste den Atem anhalten, da der Geruch so intensiv war. Ich dachte mir, wie es zu so einem Punkt kommen konnte. Sie musste starke Schmerzen haben, meldete diese jedoch nie.“  
(Tagebuch PB03, Pos. 58-59)*

Neben dem Verhalten von Patient:innen können auch Entscheidungen von Angehörigen zu einem mit Ekel in Verbindung gebrachten Gefühl des Sich-sorgens auftreten, wenn befürchtet wird, dass die Versorgungsqualität der zu betreuenden Person gefährdet ist.

*„Im Sommer bieten wir Entlastungspflegen an. Ich finde das Prinzip eigentlich schon bisschen eklig, Eltern bringen ihre geistig und/oder körperlich behinderten Kinder für mehrere Tage bis Wochen zu uns um entspannt Urlaub machen zu können. Verstehe ich absolut, steht jedem zu, der das restliche Jahr so etwas leistet, aber ich persönlich finde, dass das Krankenhaus dafür die falsche Anlaufstelle ist. Hier fehlt die Zeit um so ein Kind den ganzen Tag qualitativ zu betreuen.“ (Tagebuch PB06, Pos. 440-444).*

Es wird erkennbar, dass Ekel oftmals mit anderen Emotionen und Empfindungen, wie Frustration oder Unverständnis einhergeht. Dabei können unterschiedliche Faktoren auf die Deutung und Bewertung einer Situation und die Handlungsfähigkeit einwirken, welche im Folgekapitel näher erläutert werden.

#### **4.1.4. Einflussfaktoren auf Ekelempfinden und Handlungsfähigkeit**

Das Ekelempfinden der Studierenden wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Es zeigt sich, dass (Un-)bekanntes und Erfahrung, Erfolgserlebnisse und persönliche Vorlieben sowie Abneigungen und sensorische Einschränkungen sich auf das Auftreten von Ekel auswirken. Im folgenden Kapitel werden diese Faktoren näher beleuchtet.

##### ***Überraschungsmoment***

Für die Auszubildenden stellt es einen Unterschied dar, ob sie die Situationen kennen, in die sie sich begeben oder ob sie vom Geschehen überrascht werden. Sind sie unvorbereitet und gehen sie ohne Erwartungshaltung in die Pflegesituation, kann es passieren, dass der Ekel sie überkommt.

*„Ich ging ins Zimmer um Blutdruck bzw. Temperatur zu messen und schon beim Aufmachen der Tür merkte ich einen sehr komischen (übel stechender) Geruch. den ich noch nicht kannte.“ (Tagebuch PB02, Pos. 4-6)*

Es sind Situationen, Gegebenheiten, die den Studierenden neu sind oder mit denen sie nicht rechnen, die Ekel vermehrt auftreten lassen.

*„Ich war im ersten Moment sehr geschockt, weil ich damit einfach nicht gerechnet habe.“  
(Tagebuch, PB01, Pos. 148)*

Es fehlte den Betroffenen an Information. Sie wussten nicht, womit sie im nächsten Moment konfrontiert werden.

*„Ich war zuvor noch nie bei der Tracheostoma Pflege dabei und wusste nicht das soviel Sekret gefördert werden würde. Für mich persönlich war das wechseln der Kanüle sehr ekelhaft da mir nicht klar war das soviel Sekret auf der Kanüle klebt außerdem wurde durch das intensive Husten noch mehr Sekret durch die Kanüle gefördert.“ (Tagebuch, PB05, Pos. 30-3)*

Es werden Situationen beschrieben, in denen nicht viel darüber nachgedacht wurde, was auf einen zukommen könnte. Dabei tritt Ekel wie ein Reflex auf, der nur schwer zu kontrollieren ist.

*„Die PP sagte mir das bei einer Patientin das Colostoma zu wechseln ist. Bis dato hatte ich noch keine Erfahrung mit Stomas. [...] Als sie den Stomabeutel öffnete kam mir ein in dieser Moment sehr übelriechender Geruch zu. Aus Reflex verziehte ich das Gesicht und wich einen Schritt zurück. Ich habe vorher überhaupt nicht nachgedacht, dass es eigentlich um den Stuhl der Person handelt, daher kam es irgendwie sehr überraschend, das es so ein stechender Geruch ist. [...] Im Nachhinein hätte ich am Anfang mitdenken sollen, dass es sich um ein Ausscheidungsprodukt handelt und es ‚stinken‘ könnte und dass ich somit meine Mimiken besser unter Kontrolle halten kann.“ (Tagebuch PB02 , Pos. 21-31)*

Sich selbst darauf einzustellen, was einen erwarten könnte, lässt den Ekel weniger intensiv erscheinen. Die Auslöser sind zwar noch dieselben, der Ekel aufgrund des ausbleibenden Überraschungsmoments jedoch nicht mehr so belastend. Das Überrumpelt-werden bleibt in diesem Fall aus.

*„Als wir am nächsten Tag nochmal da Stoma wechselten, habe ich mich schon so gut darauf eingestellt, das es mir überhaupt nichts mehr ausgemacht hat. Sicher noch ein wenig komisch der Geruch aber nicht schlimm.“ (Tagebuch PB02, Pos. 27-29)*

Es kann es sein, dass die Auszubildenden für sich selbst bereits eine Strategie entwickeln, wenn sie sich dem Ereignis erneut stellen müssen. Dabei reicht es, zu wissen, was auf einen zukommt.

*„Jetzt weiß ich das ich wenn ich einen Patienten mit Leberzirrhose habe, mir klar sein muss das es oft mit einen üblen Geruch in Verbindung steht und ich mich darauf einstellen muss. Darauf hin habe ich auch mit der zuständigen PP gesprochen und sie hat auch gemeint, dass man diesen Geruch erst gewohnt werden muss.“ (Tagebuch PB02 , Pos. 12-15)*

Nicht nur bei bereits ausgebildetem Pflegepersonal zeigt sich nach einer gewissen Zeit eine Gewöhnung, sondern auch bei den Auszubildenden. Die immer wiederkehrende Konfrontation mit Situationen im Rahmen der praktischen Ausbildung führen dazu, dass Gegebenheiten, die zuvor ekelerregend waren, es dann nicht mehr sind.

*„Gut war, dass anhand dieser Wunde viel gelernt habe und mit der Zeit mich an den Geruch so gut es ging gewöhnt habe. [...] Nach zwei Wochen durfte ich auch den Verbandswechsel vornehmen und da verspürte ich keinen Ekel mehr. (Tagebuch PB03, Pos. 18-24)*

Das Erfolgserlebnis, wenn Maßnahmen trotz Ekel durchgeführt werden können oder dass Neues dazu gelernt werden konnte, scheint dabei ebenso einen Einfluss auf das Auftreten von Ekel und Belastungen zu haben.

### ***Erfolgserlebnisse und Neues lernen***

Obwohl die Studierenden Ekel erfahren und dieser mit einem unangenehmen Gefühl assoziiert wird, können sie auch positive Erlebnisse aus den Erfahrungen ziehen. Dabei handelt es sich um Situationen, in denen sie handlungsfähig bleiben können und die weitere Betreuung nicht durch den Ekel beeinträchtigt wird. Diese Erfolgserlebnisse führen dazu, dass sich die Studierenden gut fühlen und der Ekel nicht mehr im Vordergrund steht.

*„Ich fühlte mich komischerweise gut, da ich mich auf das reinigen und verbinden der Wunde gefreut habe (ich liebe Wundmanagement). Gut war an dieser Erfahrung die Reinigung und das Verbinden der Wunde.“ (Tagebuch PB03, Pos. 83-85)*

Es scheint den Auszubildenden wichtig zu sein, selbst in unangenehmen Situationen, Neues dazu zu lernen. Der Nutzen, der daraus gezogen wird, hilft dabei, sich weiterzuentwickeln und bei pflegerischen Maßnahmen selbstständiger zu werden.

*„Gut war an der Erfahrung, das ich zum ersten Mal im Praktikum eine Mundpflege durchgeführt habe, das heißt in der Zukunft würde ich mir zutrauen, diese auch alleine durchführen zu können.“ (Tagebuch PB04, Pos. 78-80)*

Obwohl die beschriebenen Erfahrungen teilweise als eindeutig negativ zugeordnet werden, finden die Studierenden einen positiven Aspekt. Sie erkennen selbst bei Ekel, worauf zu achten ist und nehmen dies als Erkenntnis für den erneuten Kontakt mit. Die fachlichen Kompetenzen erweitern sich dadurch und der Fokus wird vom Ekel auf das Patient:innenwohl gelenkt.

*„Diese Situation kann ich als eindeutig negativ einstufen, da es diesem Patienten wirklich schlecht ging, jedoch habe ich heute zum ersten Mal gesehen, wie kaffeesatzartiges Erbrochenes aussieht. Das heißt das nächste Mal, würde ich es wiedererkennen.“ (Tagebuch PB04, Pos. 124-127)*

Für die Auszubildenden selbst scheint das Festigen des Fachwissens und das sich Weiterentwickeln ein Bedürfnis zu sein, welches trotz Ekel gestillt werden kann. Während der Praktikumszeit wurde die Möglichkeit genutzt, sich Wissen anzueignen oder es zu vertiefen.

*„Heute hatte ich die Möglichkeit einen Ausflug in die Pathologie zu machen und bei einer Obduktion dabei zu sein. Ekel habe ich dabei durchgehend verspürt, alleine die Gerüche haben mir gereicht. [...] Auch wenn es eine sehr ekelbehaftete Situation war, war es trotzdem eine super Möglichkeit die anatomischen Kenntnisse aufzufrischen und zu festigen und abgesehen davon eine Tätigkeit, die man nicht jeden Tag zu Augen bekommt.“ (Tagebuch PB06, Pos. 114-122)*

Obwohl es sich hier um keine pflegerische Situation im klassischen Sinne handelt, fand auch hier Ekel statt. Auch in anderen Spezialbereichen konnte Wissen angeeignet werden und die Überwindung von Ekel als Erfolg bezeichnet werden.

*„Heute durfte ich eine neue Form von Katheter kennenlernen und zwar eine ganz bestimmte Sorte. Einen Analkatheter namens Flexi Seal, der im Darm sitzt und eigentlich dort den Stuhl auffangen und über einen Schlauch nach außen leiten sollte - wenn er dicht wäre.[...] Aber ich war tapfer und habe alles ohne gröbere Zwischengefälle gesäubert und ‘abgedichtet‘.“ (Tagebuch PB06, Pos. 125-139)*

Es zeigt sich, dass Auszubildende, trotz Ekel, etwas Positives aus der Situation mitnehmen können. Dieses Gefühl stärkt die Betroffenen in dem was sie tun. Sie bezeichnen sich als tapfer, wenn sie sich den Gegebenheiten stellen und handlungsfähig bleiben können.

### ***Sensorische Einschränkung durch COVID-19***

COVID-19 hatte nicht nur Auswirkungen auf den pflegerischen Alltag und Hygienemaßnahmen, sondern auch auf die sensorische Wahrnehmung. Es ist bekannt, dass die Erkrankung häufig mit einem reduzierten Geruchsempfinden einhergeht. Auch Studierende der Gesundheits- und Krankenpflege waren vor der Infektion nicht gefeit. So kam es dazu, dass nicht nur die neuen Hygieneauflagen zu einer Einschränkung der Wahrnehmung führten, sondern auch die Sensorik der an COVID-19 erkrankten Auszubildenden selbst betroffen war.

*„Aufgrund st.p. Covidinfektion kann ich nicht wirklich etwas riechen, aber meine KollegInnen haben mir mitgeteilt, dass der Mann schon sehr stark gerochen hat.“  
(Tagebuch PB01, Pos. 22-24)*

Die Schutzmaßnahmen selbst führten dazu, dass Ekel weniger intensiv wahrgenommen wurde. Als Beispiel wurde hierfür das Tragen der FFP2-Maske genannt. Diese hat nicht nur den Nutzen, vor Viren zu schützen, sondern auch, um Gerüche einzudämmen. Die Kombination der sensorischen Einschränkung bedingt durch eine vorhergehende Infektion einerseits und das Abgrenzen durch einen Filter andererseits, löst Erleichterung bei den Betroffenen aus.

*„Ich war gleichzeitig aber auch froh darüber, dass mein Geruchssinn nach wie vor st.p. Covid sehr eingeschränkt war und ich nicht viel riechen konnte.“ (Tagebuch PB01, Pos. 79-80)*

Das Tragen der FFP2-Maske führt zu einem reduzierten Ekelgefühl und ist, obwohl es nicht bewusst als Umgangsstrategie eingesetzt wurde, eine gute Maßnahme, um dem Ekelgefühl entgegen zu wirken. Die FFP2-Maske kann jedoch nicht immer alle unangenehmen Gerüche filtern.

*„Als die Wunde offen zu sehen war musste ich die Luft anhalten (trotz FFP2 Maske). Ich hatte davor noch nie einen nekrotischen Dekubitus gesehen und war wirklich überrascht wie intensiv dieser Geruch ist. Ich musste die ganze Zeit flach atmen und hab versucht mir nichts anmerken zu lassen.“ (Tagebuch PB03, Pos. 12-14).*

### **Persönliche Abneigungen**

Ekel ist ein individuelles Gefühl. Wie schon beschrieben wurde, gibt es verschiedene Ekel-Trigger, die sich unterschiedlich auswirken können. Es zeigt sich, dass nicht jede Person sich vor demselben ekelt. Weshalb es zu diesen Unterschieden kommt, wird anhand der Beschreibungen der Studierenden hinsichtlich deren persönlichen Vorlieben und Abneigungen erkennbar. Gibt es Personen, die sich besonders gerne mit Wundmanagement beschäftigen, so zeigt sich der Ekel beim erstmaligen selbstständigen Verbandswechsel als problemlos, da das Erfolgserlebnis überwiegt. Studierende beschreiben, womit sie für gewöhnlich gut zurechtkommen. Manche Situationen können aber abweichen und lösen dann Ekel aus.

*„Normalerweise kann ich mit Wunden eigentlich recht gut umgehen, heute war es dann doch anders. [...]Ich glaube es war aber, weil es einfach etwas sehr unnatürlich ausgesehen hat.“  
(Tagebuch PB06, Pos. 26-52)*

Die Auszubildenden scheinen sich in einer Rechtfertigungsposition zu befinden. In den Tagebucheinträgen wird oftmals vom Normalfall gesprochen, der keine Herausforderung für sie darstellt. Damit zeigen sie auf, dass sie für gewöhnlich kein Problem mit der Ursache hätten, die beschriebene Situation jedoch eine außergewöhnliche war.

*„im Normalfall habe ich kein Problem mit Harn, dieser war jedoch sehr speziell und ekelerregend.“ (Tagebuch PB05, Pos. 44)*

Arbeiten Personen, die sich selbst als sehr reinlich bezeichnen, mit Menschen, welche ein ungepflegtes Erscheinungsbild aufweisen, kann dies bereits zu Ekel führen. Ist eine Person ein eher geruchsempfindlicher Mensch, können unangenehme Gerüche jeglicher Form schnell zu Belastung werden.

*„Da ich allgemein ein sehr geruchsempfindlicher Mensch bin, war es gut, dass ich eine Maske getragen habe, da diese einerseits den Geruch etwas eindämpft und andererseits das Gesicht und den Blick verdeckt.“ (Tagebuch PB06, Pos. 9-11)*

Erkennbar wird, dass es bei den Auszubildenden Aufgaben im Pflegebereich gibt, mit denen sie nicht gut können, sie aber dennoch ausführen.

*„[...] Mit den Mischbeuteln zum Beispiel komme ich gut zurecht, ich habe keine Probleme beim Herrichten, wir sind quasi best Friends. Mit der enteralen Sondennahrung jedoch, dieses braune, pickige Zeug, komm ich auf keinen gemeinsamen Nenner. Ich weiß nicht wieso, ob es ist, weil ich heute besonders darauf geachtet habe, oder weil es einem so einfach nie im Leben außerhalb des Krankenhauses begegnet, aber ich empfinde so eine Abneigung (& komischerweise auch Ekel) gegen die Sondennahrung, aber auch gegen die Fortimel Juicy und die Puddings. Das sind eigentlich so banale Sachen, aber nie im Leben würde ich das essen wollen. Auch wenn mir beim Herrichten der Beutel für die Ernährung über die Sonde etwas auf die Hand tropft [...], muss ich das sofort abwaschen, weil es mir davor so graust. Da stellen sich die Haare auf, mein Gesicht verzieht sich und ich renne zum nächsten Wasserhahn. Ich weiß nicht ob es mit dem Geruch, der so irgendwie nach nichts vergleichbarem riecht, liegt, oder an der Konsistenz, ich kann mir nicht helfen.“  
(Tagebuch PB06, Pos. 190-202)*

Die Auszubildenden erkennen bereits, womit sie im pflegerischen Alltag grundlegend gut zurechtkommen. Es gibt aber auch Tätigkeiten und Substanzen, die Auszubildenden von Grund auf unangenehm sind. In diesen Situationen wird Ekel eher wahrgenommen, als in anderen.

*„Es bereitete mir schon Ekel den Sondenbeutel zu entleeren, wenn Koagel für Koagel aus der kleinen Öffnung schwappt, sind schon die ersten Nasenrumpfer da. Richtig geekelt hat mir dann erst, als sich der Patient die besagte Sonde selbst entfernte und in der Luft herumwirbelte und somit alles umliegende mit tiefroten Blutflecken zierte. Der Anblick war nicht sooo schlimm, viel mehr der Geruch. Ich kann den Geruch von Blut nicht so ganz ausstehen, dieses metallisch-süße löst Übelkeit in mir aus. So war es auch in diesem Fall, der Geruch mit dem Anblick gemischt war gar nichts für meinen Magen, vorallem nicht frühmorgens.“ (Tagebuch PB06, Pos. 287-293)*

Es ist ein Zusammenspiel von Erfahrung, beruflich oder privat, Gewöhnung und persönlichen Abneigungen und Vorlieben, welches sich auf das Ekelempfinden der Auszubildenden und auf die Handlungsfähigkeit auswirkt.

### ***Theoretisches Wissen***

Neben den auslösenden Faktoren sensorischer Herkunft, wurde auch das Verhalten von Patient:innen als ekelhaft bezeichnet. Dabei fehlt das Verständnis für getroffene Entscheidungen oder deren Lebensstile. Die Auszubildenden haben eine gewisse Haltung gegenüber Gesundheit und Krankheit. Ihr Ziel ist es, auch im privaten Setting, Gesundheit zu erhalten. Sie verstehen nicht, weshalb andere Menschen einen anderen Zugang zur Gesundheit haben und sogar gesundheitsgefährdend agieren. Ihnen ist nicht klar, weshalb es zu diesen Reaktionen der Erkrankten kommt. Sie bezeichnen die Patient:innen als nicht einsichtig, wenn es um die Ablehnung von Behandlungsmaßnahmen geht.

*„Ich versuchte mit ihm zu reden und ihm immer wieder zu erklären wie er mit dem Insulin Pen umgehen sollte. Doch ich merkte immer mehr, dass es ihm einfach wirklich egal war/ist. Ich hätte mir gewünscht, dass er zumindest etwas einsichtig wäre, da ich weiß was noch folgen könnte, wenn er sein Ess- und Trinkverhalten jetzt nicht ändert.“ (Tagebuch PB03, Pos. 124-127)*

Die fehlende Kooperation vonseiten der Patient:innen führt zu Resignation. Die Frustration, die sich dabei bildet, lässt die Auszubildenden machtlos erscheinen.

*„Gut an dieser Erfahrung war zu lernen, dass man Menschen, die nicht bereit sind etwas für ihre eigene Gesundheit zu tun, auch nicht wirklich helfen kann. Dieser Patient wird nichts an seinem Verhalten ändern. Schlecht war, seine Ignoranz für seine eigene Krankheit, das war wirklich frustrierend.“ (Tagebuch PB03, Pos. 118-121)*

Die Ablehnung der Therapie oder des pflegerischen Betreuungsangebotes führt zu Ärger, welches die Betroffenen mit Ekel verbinden. Sie wissen, was auf die Erkrankten zukommt, sollten sie ihr Verhalten nicht ändern. Das wiederum führt zu einem inneren Konflikt. Es werden gesundheitsgefährdende Entscheidungen getroffen, gegen die sie jedoch nichts unternehmen können, da es hierfür stets das Einverständnis des Gegenübers braucht. Die Ablehnung pflegerischer Maßnahmen kann somit das Ekelempfinden bestärken.

*„Er hatte eine Netzhose als Unterhose an, auf der sich ein großer, nasser Fleck abzeichnete, der mir plötzlich Ekel bereitete und ich weiß nicht einmal wieso. Auf die Nachfrage, ob er denn irgendetwas frisch haben möchte, Bettzeug, Hemd, Hose, etc., antwortete er mit einem ‚Nein danke‘. Das hat meinen Ekel eher bestärkt.“ (Tagebuch PB06, Pos. 481-484)*

Da Studierenden im Rahmen der theoretischen Ausbildung Inhalte zu Hygiene vermittelt wird, verstärkt diese Entscheidung den Ekel. Dennoch steht neben der Fürsorge die Autonomie der erkrankten Personen im Mittelpunkt der Betreuung, weshalb die Ablehnung pflegerischer Unterstützung akzeptiert wird. Das Unterdrücken des Ekels ist eine Maßnahme, um Situationen auszuhalten und Pflegehandlungen beenden zu können. Weitere Umgangsstrategien werden im Folgekapitel näher erläutert.

#### 4.1.5. Strategien im Umgang mit Ekel

Im Umgang mit Ekel gibt es viele Zugänge, die es einen ermöglichen, die Handlungsfähigkeit aufrecht zu erhalten. Dabei differenzieren sich Haltung, präventive Maßnahmen sowie Maßnahmen aus dem Augenblick heraus. Letztere sind gut umsetzbar und können mittels vorhandener Ressourcen einfach angewendet werden. Als Beispiel hierfür gelten Hygiene, Schutzkleidung, Atemtechniken und schnelles Arbeiten. Präventiv gehandelt werden kann mittels Arbeitsaufteilung, Ekelidentifikation und Reflexion. Die Haltung, welche die Studierenden dabei einnehmen, stellt eine ganz besondere Strategie im Umgang mit Ekel dar, da sie sich durch die angeführten Maßnahmen zieht. Im weiteren Verlauf werden nun Interventionen beschrieben, die Ekel-Situationen erträglicher machen, da sie den Ekel lindern. Die folgenden Kapitel sollen einen Einblick in die bereits angewandten Strategien der Auszubildenden darbieten.

##### ***Ekel unterdrücken***

Die Untersuchungsteilnehmerinnen haben im Rahmen der Tagebucheinträge gezeigt, weshalb Ekel bisher ein Tabu-Thema in der Pflege darstellt. Die Auszubildenden verfolgen das Ziel, ihrem Gegenüber nicht zu zeigen, dass sie Ekel empfinden. Können Sie den Ekel nicht unterdrücken, wird ihnen Unprofessionalität zugesprochen. Der Ekel an sich, welcher physiologische Veränderungen hervorruft, kann belastend sein. Diese Veränderungen, welche teilweise wie ein Reflex auftauchen, zu unterdrücken, ebenso. Insbesondere die Kontrolle über Gestik und Mimik werden hierbei als herausfordernd beschrieben. Ob der Ekel unterdrückt werden kann oder nicht ist die Voraussetzung dafür, ob die Betroffenen handlungsfähig bleiben oder ob die Situation verlassen werden muss.

*„Ich habe in allen Situationen an diesem Tag das Gefühl unterdrückt, und den Patienten gepflegt.“ (Tagebuch PB04, Pos. 165-166)*

Sie selbst haben es sich zur grundlegenden Aufgabe gemacht, den Patient:innen ihr Befinden nicht zu zeigen.

*„Ich habe mir hoffentlich während der gesamten Zeit nichts anmerken lassen.“ (Tagebuch PB03, Pos. 22)*

Es ist den Auszubildenden wichtig, den Betreuungsprozess aufrecht zu erhalten. Das Unterdrücken des Ekels wird angestrebt, um sich so menschenwürdig wie möglich um die Patient:innen

kümmern zu können. Die Einnahme der Perspektive der zu Pflegenden bietet dabei die Grundlage für das Bedürfnis, Ekel zu unterdrücken. Im Vordergrund steht dabei das Wohlbefinden der Patient:innen.

*„Ich habe auch versucht mir nicht anmerken zu lassen das es mich ein wenig ekelst [...], weil es wahrscheinlich für den Patient auch nicht die angenehmste Situation ist.“ (Tagebuch PB02, Pos. 8-11)*

*„besonders habe ich darauf geachtet der Patientin nicht zu zeigen das ich etwas angeekelt bin, die Situation ist vor allem für sie unangenehm.“ (Tagebuch PB05, Pos. 8-10)*

Auch wenn Ekel empfunden wird und dieses Gefühl nicht ganz beseitigt werden kann, ist es wichtig, die Professionalität zu bewahren, indem sich Auszubildende nichts anmerken lassen.

*„Auch wenn ich Ekel empfinde, versuche ich mich stets professionell zu verhalten, mir von meinem Ekel nichts anmerken zu lassen und meine Arbeit zu verrichten, ganz nach dem Motto ‚Augen zu und durch‘.“ (Tagebuch PB06, Pos. 12-13)*

Schaffen es die Betroffenen sich nichts anmerken zu lassen, wird dies als Erfolg verbucht. Der Grund für das Verschweigen oder Überspielen des Ekels gegenüber ihren Patient:innen liegt darin, dass diese Situationen auch für die Patient:innen unangenehm sind. Würden die Auszubildenden den Ekel offenkundig zulassen, wäre die Betreuung und Pflegebeziehung gefährdet. Das Patient:innenwohl wird hier über das eigene gestellt, da diese sich in einer beschwerlichen Lage befinden. Kann der Fokus vom Ekel auf die Patient:innen gelenkt werden, erleichtert dies den Prozess.

*„Ich habe mich auf die Aufgabe konzentriert und versucht, der Patientin so wenig Schmerzen wie möglich zuzuführen.“ (Tagebuch PB03, Pos. 89-90)*

Es fällt somit leichter, den Ekel zu unterdrücken, wenn sich Auszubildende auf die Arbeit und die zu Pflegenden konzentrieren.

### ***Hygiene und Sauberkeit***

Bei den auslösenden Faktoren von Ekel wurde zunächst der Kontakt mit Körperausscheidungen genannt. Auch die Interaktion mit ungepflegten Personen hat Ekel ausgelöst. Da es sich dabei um Situationen geprägt von Schmutz und Unreinheit handelt, ist es umso wichtiger, die Sauberkeit wieder herzustellen. Hierfür wurden unterschiedliche Methoden angewandt. Leidet beispielsweise eine/einer der Patient:innen an Diarrhoe und hat dabei die Kleidung beschmutzt, war es die Aufgabe der Pflegeperson, die Verschmutzung zu beseitigen. Da der Anblick und Geruch des Stuhls den Ekel ausgelöst hat, ist die Wiederherstellung von Sauberkeit, indem eine Körperwaschung und ein neues Kleidungsstück angeboten wird, eine Umgangsstrategie, welche den Ekel beseitigen lässt und gleichzeitig die Handlung, die von der Pflegeperson auszuführen ist.

*„Ich habe die IK Hose so schnell wie möglich entsorgt und dann mit einer Kollegin das Gesäß gereinigt und der Bewohnerin saubere Klamotten angezogen.“ (Tagebuch PB04, Pos. 53-54)*

Das schnelle Wiederherstellen von Sauberkeit und Ordnung kann eine gut funktionierende Umgangsstrategie sein, um dem Ekel schnell zu entkommen. Werden keine Schutzhandschuhe getragen und ein direkter Hautkontakt mit dem Auslöser kann nicht vermieden werden, ist die gründliche Reinigung des exponierten Körperteils erforderlich.

*„Im Zuge der präoperativen Vorbereitung ist es eine meiner Aufgaben die ATS anzulegen. Normalerweise bereitet mir das keine Probleme, heute musste ich sie jedoch einem jungen Mann anlegen, der sehr schwitzige Füße hatte und ich natürlich keine Handschuhe. Den Ekel provoziert hat der kalte, feuchte Film auf der Haut. Augen zu und durch, ich habe versucht meinen Ekel zu überspielen und ich denke das ist mir ganz gut gelungen. Anschließend habe ich meine Hände tiefengereinigt.“ (Tagebuch PB06, Pos. 469-473)*

Auch bei der Betreuung von Neugeborenen zeigt sich, dass nach direktem Kontakt mit Harn, ein Kleiderwechsel bei sich sowie eine anschließende Desinfektion zu erfolgen hat.

*„Wollte Baby die Windel wechseln, plötzlich setzte das Baby im hohen Bogen Harn ab und ich wurde quasi im Harn geduscht. Danach ging ich mich desinfizieren und umziehen.“ (Tagebuch PB05, Pos. 59-60)*

Auch, wenn die Schutzkleidung, wie beispielsweise die Schuhe der Auszubildenden, mit schmutzigem Waschwasser verunreinigt wurde, ist die anschließende Reinigung für die Betroffenen unabkömmlich.

*„[...] Wechselschuhe hatte ich leider keine dabei und schnell mal die Schuhe und Füße waschen ist auch nicht drin. [...] Mir hat den ganzen Tag so vor meinen Schuhen und Füßen gegraust, die Schuhe sind mittlerweile in der Waschmaschine mit viiiel Hygienespüler und meine Füße weichen seit 1/2 Stunde in einem Fußbad ein.“ (Tagebuch PB06, Pos. 314-320)*

Solange die Ursache des Ekels nicht beseitigt werden kann, bleibt dieser bestehen. Die Reinigung kann hier eine gute Maßnahme darstellen, um dem Ekel zu entfliehen. Je nach Ausmaß der Verschmutzung und je nach Ekelintensität kann die Vorgehensweise der Reinigung variieren. In manchen Fällen reicht es aus, eine Teilkörperwäsche und einen Kleiderwechsel durchzuführen. In anderen Situationen ist eine „Tiefenreinigung“ erforderlich. Damit die Auszubildenden so wenig wie möglich in direkten Kontakt mit Ekelerregern kommen, kann eine Schutzbarriere gebildet werden. Im klinischen Setting kann dies die Verwendung einer Schutzkleidung bedeuten.

### ***Persönliche Schutzkleidung***

Im Rahmen ihrer praktischen Tätigkeit tragen Auszubildende zumeist die von den Institutionen zur Verfügung gestellte Arbeitskleidung. Neben der Bekleidung, die die Studierenden während ihres Arbeitsalltages tragen, gibt es noch weitere Hygieneanforderungen. Hygienische Händedesinfektion, Handschuhe oder Schutzmäntel sind je nach Indikation bei pflegerischen Maßnahmen zu tragen. Die Hygienevorschriften können den Studierenden zugutekommen, da sie nicht nur vor Infektionen schützen, sondern auch den Ekel eindämmen lassen. Die COVID-19-Pandemie hat dazu geführt, dass neben der Arbeitskleidung auch eine FFP2-Maske, unabhängig vom Erkrankungsbild der Patient:innen, zu tragen war. Die Maske diente ursprünglich der Abwehr von Viren, zeigte jedoch für Studierende auch andere Vorteile auf.

*„Da bin ich wieder dankbar, dass wir Masken tragen müssen, Partikel wie Fußhautschuppen dringen dadurch glücklicherweise nicht in meine Nase oder noch schlimmer, in meinen Mund ein.“ (Tagebuch PB06, Pos. 79-80)*

Nicht nur Keime gilt es fernzuhalten, sondern auch Ekelerreger wie Hautschuppen. Die Maske verhindert ein Einatmen derer, was bei den Auszubildenden sonst Ekel auslösen würde. Nicht nur Partikel, die sich in der Luft frei bewegen, werden durch Tragen der FFP2-Maske abgeschirmt, sondern auch Gerüche können eingedämmt werden. Diese Maßnahme reduziert die sensorische Wahrnehmung und demnach auch den Ekel. Es zeigt sich daher, dass die Maske vielfältig einsetzbar. Die Abgrenzung zu Viren, das Abschirmen von Partikeln in der Luft, das Eindämmen von Gerüchen und auch das Verstecken des eigenen Befindens finden sich in der Anwendung der FFP2-Maske wieder.

*„In dem Moment war ich sehr glücklich über die Maske, zum einen schwächte sie den Geruch etwas ab und zum anderen konnte die Patientin mein Gesicht nicht genau sehen.“ (Tagebuch PB05, Pos. 41-43)*

Da die Praktikumszeit der Auszubildenden im Jahr 2020 begonnen hatte und hier bereits die ersten Maßnahmen vonseiten der Regierung ausgesprochen wurden, konnten sie keine Erfahrung vor Corona sammeln. Ihre praktische Ausbildung begann mit der Krisenzeit. Es fehlte nun die Vorstellung davon, wie Pflegende zuvor ohne FFP2-Maske gearbeitet haben.

*„[...]war ich echt froh, dass ich die Maske aufhatte und man meine Grimasse nicht sehen konnte hahaha. In solchen Momenten frage ich mich immer, wie haben die Leute früher ohne Maske gepflegt? :D“ (Tagebuch PB06, Pos. 93-95)*

Dies verdeutlicht, dass die Auszubildenden die FFP2-Maske in Hinblick auf Ekel als wesentliche Ressource sehen. Doch obwohl die FFP2-Maske eine gute Möglichkeit darstellt, um Ekel etwas einzudämmen, gibt es dennoch Situationen, wo selbst diese Maßnahme nicht ausreicht.

*„Alles in mir hat sich gegen die nächsten Minuten gesträubt, der Geruch war trotz Maske bestialisch, [...]“ (Tagebuch PB06, Pos. 265-266)*

Auch andere Maßnahmen, welche im Zuge der COVID-19-Pandemie etabliert wurden, dienten der Reduktion von Ekel. Die Einschränkung der Sinnesorgane, wie Nase und Augen, mildern die Wahrnehmung und das Ekelempfinden.

*„Zum Glück hatte ich meinen Corona-Schutzanzug, eine FFP3 Maske, eine Schutzbrille und ein Visier an, das hat die Eindrücke ein bisschen abgedämpft.“ (Tagebuch PB06, Pos. 135-136)*

Als wichtigste Hygienemaßnahme hingegen, wird das Verwenden von Schutzhandschuhen genannt. Diese fungieren als Distanz zum Ekelobjekt und lassen die Studierenden handlungsfähig bleiben. Wie bereits im vorhergehenden Kapitel beschrieben, kann der direkte Kontakt mit dem Ekelereignis sehr belastend für die Betroffenen sein und bedarf anschließender intensiver Reinigungsprozesse. Dem kann entgegengewirkt werden, indem vorsorglich Handschuhe getragen werden. Es fehlt dadurch der direkte Kontakt und eine Distanz wird geschaffen.

*„Ich war noch nie so froh, stoffundurchlässige Handschuhe griffbereit gehabt zu haben. Es war wirklich eine Überwindung, den Mann überhaupt anzugreifen, so schlimm es sich auch anhört.“ (Tagebuch PB01, Pos. 72-74)*

Manchmal reicht das Tragen der Handschuhe nicht aus und die Auszubildenden suchen nach weiteren Barrieremöglichkeiten, wie beispielsweise Waschlappen bei der Teilkörperwäsche.

*„[...] (zwischen Handschuh und Erbrochenem musste immer noch eine Schicht zB ein Waschlappen, etc sein) [...]“ (Tagebuch PB06, Pos. 451-452).*

### **Gerüche eindämmen**

Insbesondere, wenn es sich um üble Gerüche handelt, die den Ekel verursachen, ist es wichtig, gegen diese Geruchsbelastung vorzugehen, um die Pflegemaßnahme weiter ausführen zu können. Dabei können unterschiedliche Strategien angewandt werden. Eine aus Reflex entstehende Reaktion, die es ermöglicht, dem Geruch kurz Einhalt zu gebieten, ist, die Luft anzuhalten. Dies gelingt bei Tätigkeiten, die von kurzer Dauer sind.

*„Ich habe die Luft angehalten und der Patientin gesagt, dass es schon vorbei wäre, dass sie es bereits geschafft hätte und dass es ihr mit den Medikamenten vermutlich bald besser gehen würde. Ich habe versucht sie abzulenken, während meine Kollegin den Katheter noch befestigte.“ (Tagebuch PB03, Pos. 65-67)*

Die Auszubildenden versuchen sich und die Patient:innen vom Geschehen abzulenken. Eine weitere Möglichkeit, welche es den Auszubildenden ermöglicht, auch länger in einer Situation

zu verweilen, ist das Atmen durch den Mund. Durch Umgehung der Nasenatmung reduziert sich die Geruchsbelastung auf ein Minimum und die Betroffenen können die Handlung in Ruhe weiter ausführen.

*„Ich denke ich habe die Situation gut gemeistert und ab den Moment stellte ich mich immer darauf ein das ich wenn ich ins Zimmer gehe diesen Geruch verspüren werde und mit dem Mund atmen sollte.“ (Tagebuch PB02, Pos. 16-17)*

Um sich nicht durchgehend auf die Atmung konzentrieren zu müssen, was von der Tätigkeit ablenken kann, gibt es noch eine weitere Möglichkeit, um unangenehme Gerüche von sich fern zu halten und angenehme einzuatmen. Beschrieben wurde hierbei die Verwendung von ätherischen Ölen in unterschiedlichen Varianten. Handelt es sich um eine Geruchsbelastung des gesamten Raumes, konnte beispielsweise ein Raumspray verwendet werden. Dieser führt relativ rasch zu einer Minderung des Ekelempfindens und der Geruchsbelastung.

*„Ich habe Ekel empfunden, als ich über den Gang gegangen bin. Durch eine offene Toiletten-tür hat sich der Geruch des Stuhls eines Bewohners ausgebreitet. Es war nur ein kurzer Moment da, eine PP anschließend Duftspray im Gang verteilt.“ (Tagebuch PB04, Pos. 3-5)*

Als hilfreich erwies sich jedoch das direkte Anbringen eines angenehmen Duftes unter der Nase. Diese Strategie wurde von einer ausgebildeten Pflegeperson als Tipp im Umgang mit Ekel angeführt.

*„Ich weiß nun das ich ein ätherisches Öl einstecke, wenn ich auf Stationen bin, wo es leicht dazu kommen kann, dass jemand bricht (Tipp von PP) [...] Ich würde wahrscheinlich sofort auf das Öl greifen und mir unter die Nase schmieren.“ (Tagebuch PB02 , Pos. 45-50)*

Dabei ist es wichtig, dass die Auszubildenden wissen, wovor sie sich ekeln. Ist den Auszubildenden im Vorfeld bekannt, dass sie sich in eine Situation begeben, welche Ekel hervorrufen kann, kann diese Strategie vorbeugend wirken.

### ***Ekel aushalten***

Da Ekel individuell unterschiedlich wahrgenommen wird, ist es für die Studierenden wichtig, zu wissen, welche Situationen belastend für sie sein könnten. Es gibt die Möglichkeit, sich im Team abzusprechen, wenn eine Maßnahme durchgeführt werden soll, womit die betroffene Person nicht umgehen kann. Bei der Verschriftlichung der Erlebnisse hat sich gezeigt, dass Studierende Aufgaben von anderen Pflegepersonen übernehmen, wenn diese eine Belastung für sie darstellt.

*„Ich fragte sie daraufhin abseits von den Patienten, ob ihr das Absaugen ekeln würde. Sie bejahte und bat mich, ob ich den von nun an das Absaugen des Tracheostomas übernehmen könnte. Ich finde zum Thema "Ekel" gehört es auch dazu, darüber zu sprechen und ich empfinde es auch als wichtig seine eigenen Grenzen zu kennen und diese auch bestmöglicheinzuhalten.“ (Tagebuch PB01, Pos. 135-139)*

Es ist wichtig, seine eigenen Grenzen zu kennen und diese auch zu respektieren. Selbst im Pflegeberuf gibt es Momente, die einen überfordern und hier ist es erforderlich, Teamgeist zu zeigen und sich gegenseitig zu unterstützen.

*„Wir Pflegekräfte sind schlussendlich auch nur Menschen, die menschlich sind. Ekel gehört zum Menschsein dazu.“ (Tagebuch PB01, Pos. 139-140)*

Den Auszubildenden war es jedoch nicht immer möglich, Maßnahmen zu delegieren, sondern mussten diese selbst ausführen. Auch, wenn sie sich bereits in einer Situation befunden haben, welche sich als belastend herausstellte, versuchten sie, die Maßnahme nicht vorzeitig abubrechen, sondern den Ekel auszuhalten.

*„Aber als sich dann dieser Sabberfaden langsam aus dem Mund bewegte und relativ schnell auf meinem Handrücken gelandet ist, wars vorbei. [...] In dem Moment konnte ich aber nicht einmal zum nächsten Wasserhahn laufen, sondern musste noch ein bisschen warten, bis die Mama dann wieder übernommen hat.“ (Tagebuch PB06, Pos. 327-330)*

Erst wenn vom ausgebildeten Pflegepersonal eine Pause vorgeschlagen wird, nehmen die Studierenden diese gerne an.

*„Ich habe das Ekelgefühl unterdrückt und die Pflegehandlung weiter durchgeführt. War aber froh, dass wir die Pflegehandlung abgebrochen haben, damit der Bewohner sich etwas ausruhen kann.“ (Tagebuch PB04, Pos. 82-84)*

Dieser Umgang mit dem Ekelgefühl, nämlich das Unterdrücken oder Aushalten, lässt den Ekel so lange anhalten, bis eine andere Strategie, wie beispielsweise das Hände waschen, diesen vollständig beseitigen kann. Die Devise „Augen zu und durch“ stellt somit eine Übergangslösung dar, um den Betreuungsprozess nicht unterbrechen zu müssen. Der Gedanke, durchhalten zu müssen, da keine Alternative im Raum steht, ermöglicht den Auszubildenden handlungsfähig zu bleiben. Die Maßnahme wird einfach weiter ausgeführt, da für sie keine andere Möglichkeit zur Verfügung steht. Es ist ihre Pflicht, die Betreuungskontinuität aufrecht zu erhalten, weshalb sie trotz Ekel auch immer wieder ihre Unterstützung anbieten.

*„Jedes mal wenn ich in sein Zimmer gehen musste, um Zucker zu messen, wollte ich absolut nicht. Ich tat es natürlich, trotzdem aber ich hatte immer weniger Verständnis für den Patienten und empfand immer mehr Ekel.“ (Tagebuch PB03, Pos. 114-116)*

Auch wollen sich die Studierenden nicht die Blöße geben, abrechnen zu müssen, wenn sie es aufgrund des Ekels nicht mehr aushalten würden. Es wird so lange versucht, durchzuhalten, bis es körperlich nicht mehr zu bewältigen ist.

*„Ich habe bis zum Ende der Gastroskope durchgehalten und habe dann der Ärztin Bescheid gegeben, dass mir schwindelig sei und ich gerne hinausgehen würde. Die Ärztin sah mir an, dass es mir nicht gut ging (anscheinend war ich sehr blass geworden) und brachte mich aus dem Untersuchungsraum. Als mir langsam schwarz vor Augen wurde setzte ich mich auf den Boden und wartete ein paar Minuten.“ (Tagebuch PB03, Pos. 40-44)*

Es scheint den Auszubildenden unangenehm zu sein, wenn sie aus der Situation flüchten wollen, weshalb sie mit aller Kraft versuchen, dabei zu bleiben. In den Tagebüchern wurden stets Situationen aus dem pflegerischen Alltag berichtet. Es wird von der Praxis erwartet, dass sie die Pflegetätigkeiten ausführen, auch wenn sie Ekel empfinden. Dies erkennen die Studierenden und beschreiben demnach ein Gefühl von Tapferkeit und Stolz, wenn die Pflegehandlungen weiter ausgeführt werden können, da es zu ihrem Aufgabenbereich gehört. Der Fokus auf dieses

positive Gefühl der Belohnung und das Wissen, dass die Patient:innen gut versorgt sind, ist für die Betroffenen ein Ansporn für das Durchhalten in manch belastenden Situationen.

### *Abstand gewinnen*

Ekel als Gefühl der Abneigung, löst den Wunsch nach Distanz aus. In den meisten Fällen versuchen die Auszubildenden den Ekel zu unterdrücken und den Fokus auf die pflegerische Tätigkeit und die Patient:innen zu lenken. Bei Ekel zeigt sich jedoch eine ablehnende Haltung, die Personen gegenüber entstehen kann und den Betreuungsprozess erschwert. Auszubildende vermeiden dabei im Vorhinein den Kontakt mit Personen, die Ekel hervorrufen.

*„Aufgrund ungepflegten Aussehens, entstehen bei vielen, mich inbegriffen, schnell Vorurteile. Man distanziert sich sofort noch mehr vom Patienten, was für ihn eher mehr von Nachteil ist.“ (Tagebuch PB01, Pos. 37-38)*

Es ist keine böse Absicht, sich von Patient:innen zu distanzieren, sondern ein Bedürfnis, das sich aus einer Situation oder Begegnung heraus entwickelt. Obwohl Ekel zur Pflege dazu gehört, fühlt es sich für die Betroffenen unprofessionell an, wenn sie dem Gefühl nachgeben und das Bedürfnis nach Abstand verfolgen.

*„Auch wenn es vl. nicht professionell ist, möchte ich ihnen als Person nicht zu nahe treten, weil ich ihnen die Ungepflegtheit einfach schon ansehen kann.“ (Tagebuch PB01, Pos. 29-30)*

Selbst, wenn die Pflegehandlungen ausgeführt werden und auch im weiteren Betreuungsprozess eine wiederkehrende Kontaktaufnahme erfolgt, lässt sich erkennen, dass das Bedürfnis nach Abstand nicht nachlässt.

*„Mein Ekel hat sich eben durch verminderte Berührung und Meidung des Zimmers geäußert. Also ich habe mich natürlich sorgsam um den Patienten gekümmert, aber wenn ich nicht unbedingt in das Zimmer gehen musste, bin ich draußen geblieben.“ (Tagebuch PB06, Pos. 375-378)*

Berührungsängste, die sich daraus entwickeln, erschweren die Betreuung pflegebedürftiger Menschen. Dabei reicht es oftmals, Abstand zu gewinnen, indem sie sich räumlich von der Person distanzieren.

*„Als ich ihr erneut beim Essen helfen sollte versuchte ich soviel Abstand als möglich zu halten damit so etwas nicht noch einmal vorkommen konnte.“ (Tagebuch PB05, Pos. 21-22)*

Handelt es sich jedoch um Situationen, wo es nicht möglich ist, durch Abstand halten den Ekel zu vermindern, kann ein Verlassen des Raumes die einzige Möglichkeit für die Betroffenen sein, um dem Ekel entfliehen zu können. Es sind Situationen, die so nicht mehr tragbar sind und weshalb ein Abbruch der Pflegetätigkeit als einzigen Ausweg dient. Das Ziel, die Versorgungskontinuität aufrecht zu erhalten und den Erkrankten Wohlbefinden zu ermöglichen, kann demnach nicht mehr verfolgt werden. Die Betroffenen sind in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt und müssen die Situation verlassen.

*„Es war kaum auszuhalten und ich unterbrach auch meinen Einsatz, um für einige Minuten draußen Luft holen zu können.“ (Tagebuch PB01, Pos. 129-130)*

Um der Situation schnell entfliehen zu können, ohne die Pflegehandlung abbrechen zu müssen oder sich von den Patient:innen räumlich zu distanzieren, wird auch schnelles Arbeiten als Alternative in Betracht gezogen. Dabei besteht der Wunsch, sich nicht zu häufig in die Situation begeben zu müssen und wenn doch, dann so kurz wie möglich.

*„Gedacht habe ich, dass ich hoffentlich das Zimmer nicht so oft betreten muss, und dass die Tätigkeiten nicht lange dauern.“ (Tagebuch PB04, Pos. 166-168).*

Die Arbeit schnell zu verrichten verringert nicht nur die Dauer der Pflegemaßnahme, sondern auch die Zeitspanne, in der die Auszubildenden dem Ekel ausgesetzt sind. Diese Umgangsstrategie ermöglicht es, Betreuung anzubieten, selbst, wenn diese eher kurz gehalten wird.

*„[...] danach hab ich immer sehr schnell die Windeln gewechselt damit so etwas nicht noch einmal passieren kann.“ (Tagebuch PB05, Pos. 61-62)*

Inwiefern sich dies auf die Beziehung zu den Patient:innen oder die Pflegequalität auswirkt, wurde in der Dokumentation der Ekel-Situationen nicht festgehalten. Es ist jedoch anzunehmen, dass gewisse Maßnahmen, die Übung erfordern und wo es auch Ziel ist, im Laufe der Ausbildungszeit schneller zu werden, keinen Einfluss auf die Betreuungsqualität haben. Die

Entleerung eines Harnbeutels und die Entsorgung von Ausscheidungen in der Spüle können auch schnell ausgeführt werden, ohne den Patient:innen zu schaden.

### ***Darüber sprechen***

Im Umgang mit Ekel gibt es eine Strategie, welche bei den Auszubildenden Erleichterung herbeiführt. Zwar werden das Gefühl des Ekels und die damit einhergehenden physiologischen Veränderungen nicht beeinflusst, jedoch die psychische Belastung reduziert. Ekel zum Thema zu machen, indem man sich darüber austauscht, hilft im Umgang mit den negativen Gefühlen, die in diesem speziellen Kontext auftreten. Wie die Studierenden beschreiben, gibt es Momente, wo sie sich unprofessionell fühlen, wenn sie Ekel empfinden. Können sie sich nun darüber austauschen, hilft das, um sich im Anschluss besser zu fühlen. Findet ein offener Austausch statt und Studierende können Ekel ansprechen, wird vermittelt, dass Ekel okay ist und auch andere damit zu kämpfen haben.

*„Meine Kollegin und ich führten die Auswertung des Harns (Harnstreifen, Anlage einer Harnkultur etc.) durch. Sie musste sich aufgrund des Geruches beinahe übergeben, und es war wirklich "toll" zu sehen, dass andere Kollegen sich auch vor solchen Dingen ekeln und dies auch zugeben und mit den Studierenden besprechen. Es hilft wirklich sehr, wenn Kollegen mit den Studierenden offen und ehrlich über schwierige Situationen reden und diese auch reflektieren. Schwierige Situationen müssen nicht immer Situationen zwischen Leben und Tod sein.“ (Tagebuch PB01, Pos. 55-60)*

Es ist für Auszubildenden hilfreich, zu sehen, dass auch ausgebildetes Personal mit Ekel zu kämpfen hat. Es zeigt, dass sie mit der Emotion nicht alleine sind und auch andere dies als nicht einfach erachten. Trauen sich die Betroffenen den Ekel anzusprechen, ist es wichtig von ihrem Umfeld Zuspruch zu erhalten.

*„Mein Gesicht hat sich in alle Richtungen verzogen und zum ersten Mal hab ich den Ekel auch angesprochen. ‚Boah das Geräusch ist ja richtig grauslich‘, hab ich zu meiner Anleiterin gesagt, die nur mit verzogenem Gesicht genickt hat.“ (Tagebuch PB06, Pos. 184-186)*

Es gibt jedoch Pflegepersonen, die Ekel nicht ansprechen, sondern unterdrücken. Als Beispiel hierfür werden Erlebnisse auf einer Kinderabteilung beschrieben. Es wirkt, als wäre Ekel bei der Versorgung von Kindern falsch und nicht angemessen.

*„Was mir jedoch auf der Kinderstation extrem auffällt, ist, dass ich mir schwer tue im Bezug auf Kinder echten Ekel zu empfinden, bzw diesen dann zu äußern. Hier wird das Thema Ekel ziemlich unterdrückt, es sind ja alle ‚so süße Mäuschen‘. Finde ich zwar nicht, jedoch ist es etwas anderes wenn man mit den Kollegen über den Ekel sprechen kann oder wenn man dauernd nur hört ‚Nein, also das ist ein Baby/Kind, da graust es mir eigentlich vor gar nichts.‘“  
(Tagebuch PB06, Pos. 387-392)*

Wird nun vonseiten des ausgebildeten Pflegepersonals nicht auf das Befinden der Auszubildenden eingegangen, fällt es den Studierenden schwer, mit Ekel umzugehen. Es wird dann vermieden, darüber zu sprechen, da die Ekel-Erlebnisse Situationen sind, welche dem ausgebildeten Pflegepersonal normal erscheinen und ihnen zufolge keinen Grund für Ekel darstellen. Die fehlende Empathie und der ausbleibende Austausch verhindern, dass die Auszubildenden sich trauen, den identifizierten Ekel zu thematisieren und gemeinsam zu reflektieren.

*„[...] konnte meinen Ekel aber gar nicht so zum Ausdruck bringen oder irgendwie besprechen, weil es für die anderen Schwestern wie gesagt irgendwie total normal ist.“ (Tagebuch PB06, Pos. 352-353)*

Dabei wäre es den Auszubildenden wichtig, sich über das Erlebte austauschen zu können. Das Bedürfnis darüber zu sprechen wird jedoch nicht immer positiv von Mitarbeiter:innen angenommen, insbesondere dann, wenn es sich um Erlebnisse handelt, die für das Pflegepersonal bereits als normal abgetan werden. Dies lässt sich auf den Gewöhnungseffekt zurückführen. Die Situationen sind für die Pflegenden nichts Neues mehr und daher auch nicht ungewöhnlich oder reflexionswürdig. Für die Auszubildenden hingegen handelt es sich um Situationen, die gegebenenfalls das erste Mal erlebt werden und wo die Reflexion derer wichtig für die persönliche Weiterentwicklung ist.

*„Ich habe das natürlich auch mit meiner Kollegin besprochen, sie hat das eher schon als "normal" abgetan, bei Covid sei das nichts Außergewöhnliches.“ (Tagebuch PB06, Pos. 241-243)*

Es gibt jedoch auch Praxisanleiter:innen, die im Anschluss ein Gespräch mit den Auszubildenden suchen und von sich aus den Austausch anbieten.

*„Kurz danach auf dem Weg zum Auto und im Auto fragte mich meine Praxisanleiterin immer ob ich Fragen hätte und wie es für mich war und wie es für sie war, als sie das erste Mal eine nekrotisierende Wunde sah.“ (Tagebuch PB03, Pos. 25-27)*

Versuchen sich Pflegepersonen an ihre Ausbildungszeit zurück zu erinnern und wissen sie noch, wie es ihnen vor der Gewöhnung erging, scheint das Ansprechen leichter zu fallen. Der Austausch über das Erlebte muss jedoch nicht unbedingt mit Pflegepersonen stattfinden, sondern kann auch innerhalb des Studienganges mit anderen Studierenden oder mit Praktikant:innen, welche sich auf derselben Station befinden, gelingen.

*„Zum Glück hatte ich an dem Tag eine andere Praktikantin mit mir, mit dieser konnte ich mich zumindest ein bisschen austauschen. Der Geruch war fast schon atemlähmend hahaha, ich habe echt oft mein Gesicht verzogen und mit ihr darüber geplaudert wie sehr es stinkt und wo es am meisten stinkt.“ (Tagebuch PB06, Pos. 491-494)*

Unabhängig davon, mit wem der Austausch stattfindet, zeigt sich im Rahmen der Tagebucheinträge, dass es wichtig ist, Ekel anzusprechen und das Tabu zu brechen. Ekel sollte normalisiert werden und Verständnis für die Individualität des Empfindens aufgebracht werden. Da jedoch Ekel zum Menschsein dazu gehört, sollte es akzeptiert werden, dass Ekel auch in der Pflege existiert. Selbst, wenn sich Personen bereits an gewisse Situationen gewöhnt haben, sollten sich diese immer wieder in Erinnerung rufen, wie es zu einem früheren Zeitpunkt in ihrer beruflichen Laufbahn oder in der Ausbildungszeit war.

#### 4.1.6. Ekel gehört dazu

Die nachfolgende Tabelle soll nochmals einen Überblick über die möglichen Auslösefaktoren bieten. Kategorisiert werden diese in Ausscheidungen, unzureichender Hygiene, Unterstützung bei der Körperpflege, Versorgung von Wunden und Verhalten der zu Betreuenden gegenüber den Auszubildenden oder gegenüber sich selbst. Dabei handelt es sich um Situationen aus dem pflegerischen Alltag, womit Auszubildende tagtäglich konfrontiert werden. Die Tabelle verdeutlicht zudem, welche Reize durch welche Form der Wahrnehmung aufgenommen werden.

| Auslöser              |                                                     | Teilnehmende | Auditiv | Olfaktorisch | Visuell | Haptisch |
|-----------------------|-----------------------------------------------------|--------------|---------|--------------|---------|----------|
| Ausscheidungen        | Stuhl                                               | 1 2 4 5 6    |         | x            | x       | x        |
|                       | Harn                                                | 1 3 4 5 6    |         | x            | x       |          |
|                       | Sputum                                              | 4 5 6        |         |              | x       | x        |
|                       | Erbrochenes                                         | 1 2 4 6      |         |              | x       |          |
|                       | Schweiß                                             | 1 6          |         | x            | x       |          |
|                       | Hautschuppen                                        | 6            |         |              | x       |          |
| Unzureichende Hygiene | Unordnung, fehlende Hygienemaßnahmen                | 1 2 3 4 5 6  |         | x            | x       |          |
| Körperpflege          | Ungepflegtes Erscheinungsbild, Mund- und Zahnpflege | 4 5 6        | x       | x            | x       |          |
| Wunden                | Chronische Wunden, iatrogene Wunden                 | 3 4 5 6      |         | x            | x       |          |
| Verhalten             | Übergriffiges Verhalten                             | 1 6          | x       |              | x       |          |
|                       | Gesundheitsgefährdendes Verhalten                   | 1 2 3 4 5 6  | x       |              | x       |          |

Tabelle 3 Übersicht Ekel-auslösende Faktoren

Beschrieben werden Tätigkeiten aus dem pflegerischen Alltag.

*„Gut oder schlecht war gar nichts daran, da es eine ganz normale Situation ist, mit der man in der Pflege jeden Tag konfrontiert ist.“ (Tagebuch PB04, Pos. 51-52)*

*„Natürlich war es meine Aufgabe diese Harnprobe zu besorgen und so fand ich mich schon kurze Zeit später vor der Klotür [...]“ (Tagebuch PB06, Pos. 458)*

Unterschiedliche Aufgaben führen zu mehr oder weniger intensivem Ekelempfinden. Das Ausmaß des Ekels scheint bei den Betroffenen individuell zu sein. Nicht jede Person ekelt sich vor denselben Dingen.

*„Ein jeder Mensch ekelt sich vor anderen Dingen.“ (Tagebuch PB01, Pos. 60-61)*

Die Studierenden erleben Ekel unterschiedlicher Art und in verschiedenen Settings. Beschrieben werden Situationen aus der häuslichen Pflege und dem Akutbereich. Das Auftreten von Ekel auf mehreren Abteilungen zeigt, dass Ekel in vielen Situationen in der praktischen Ausbildung auftreten kann. Ekel gehört demnach zur Pflege dazu. Obwohl sich die Studierenden einig sind, dass Ekel normal ist, gibt es immer wieder die Problematik, dass, je nach Umfeld und Situation, die Sorge besteht, unprofessionell zu sein, wenn Ekel verspürt wird. Die Handlungsfähigkeit aufrecht zu erhalten und den Betreuungsaufgaben nachgehen zu können, stellen dem Umfeld zufolge Voraussetzungen für professionelles Auftreten dar, selbst wenn Ekel empfunden wird. Durch das Führen des Tagebuches wurde eine veränderte Sichtweise zu Ekel erkennbar. Die zuvor bestehende Unsicherheit, hinsichtlich unprofessionellen Auftretens, wandelte sich im Zuge der Reflexion in Akzeptanz um.

*„Ekel gehört zum Menschsein dazu und bestimmt nicht wie professionell oder "unprofessionell" eine Pflegeperson ist.“ (Tagebuch PB01, Pos. 61-62)*

In drei Monaten, in denen sich die Studierenden mit dem Thema Ekel beschäftigten, wurde ein Fortschritt im Umgang mit Ekel-Situationen erkannt. Ekelursachen konnten identifiziert und Gegenmaßnahmen eingeleitet werden. Zwar konnte nicht immer die Handlungsfähigkeit aufrechterhalten werden, jedoch versuchten sie immer wieder sich dem, wie von ihnen bezeichneten, „Kampf“ zu stellen, da Ekel weiter dazu gehören wird.

## 4.2. Ergebnisse der Interviews

Im folgenden Teil werden die Erkenntnisse aus der Analyse der leitfadengestützten Interviews dargelegt. Bei den Interviews wurde durch erneutes Reflektieren des Erlebten Ekel definiert und in seinen Erscheinungsformen differenziert. Die verschiedenen Arten des Ekels wurden mit den Erkenntnissen der bestehenden theoretischen Modelle verglichen und entsprechend strukturiert. Neben den unterschiedlichen Auslösern und Expressionen von Ekel, werden auch Auswirkungen auf das körperliche Befinden der Auszubildenden genannt. Weiter werden die Haltung der Betroffenen in Hinblick auf Ekel näher betrachtet sowie konkrete Umgangsstrategien mit Ekel dargelegt (Abbildung 3).



Abbildung 3 Übersicht Ergebnisse der Interviews

### 4.2.1. Ekel-Erscheinungsformen

In den Interviews gehen die Befragten auf die unterschiedlichen Arten des Ekels ein. Diese umfassen einerseits den klassischen, den sozialen und den sexuellen Ekel. Vor dem Führen des Tagebuchs war den Studierenden nicht ganz klar, was Ekel im Pflegekontext bedeuten kann.

*„Ekel war davor so, wie ein Wort, was halt im Duden steht. Okay, du verstehst, was das heißt. Du kannst es jedem erklären, aber so speziell hast es nicht irgendwie definieren können oder mit etwas verbunden. Persönlich halt. Und jetzt nachdem man sich halt wirklich damit auseinandergesetzt hat, weißt okay, das und das ist zum Beispiel ein Bereich, der mich ekelt. Oder grenzwertig ist. Zum Beispiel eben, der sexuelle Ekel, der körperliche Ekel. Aber auch zum Beispiel der soziale, ökonomische Ekel, eben wie gesagt, die grausliche Haushaltsführung. Oder Lebensumstände einfach. Die habe ich davor einfach wirklich nicht mit dem Ekel assoziiert, weil ich mir so bewusst keine Gedanken gemacht habe.“ (IV PB01, Pos. 312-319)*

Im folgenden Kapitel werden die Ekel-Erscheinungsformen dargestellt. Begonnen wird mit der Beschreibung des herkömmlichen, klassischen Ekels im Kontext der Pflege. Weiter wird auf den Ekel gegenüber Personen und Situationen eingegangen und anschließend der sexuelle Ekel und seine Bedeutung für Auszubildende während der praktischen Ausbildung dargelegt.

### ***Klassischer Ekel***

Der klassische, herkömmliche oder auch körperliche Ekel tritt zumeist aufgrund fehlender Hygiene und Ungepflegtheit auf. Die Studierenden berichten dabei von Körperausscheidungen und Ekel gegenüber einer Person im Rahmen der Körperpflege. Die verschiedenen Auslöser, welche unter der Kategorie des klassischen Ekels subsumiert werden, haben gemeinsam, dass die Auszubildenden Krankheitserregern und Krankheiten ausgesetzt sind. Dabei kann eine Erkrankung selbst aufgrund der Symptomatik Ekel hervorrufen oder auch das Verhalten von Patient:innen im Rahmen der Betreuung.

*„Ich glaube ja, dass Ekel viel mit der, ich sage mal, Schwere der Krankheit zusammenhängt. Jetzt nicht Schwere im Sinne von, ahm (..) weiß nicht, Schnupfen oder Krebs (lacht). Sondern Schwere im Sinne von wie ansteckend ist es, was hat das für eine Gefahr für mich, was hat das für Auswirkungen, oder so.“ (IV PB06, Pos. 283-286)*

*„[...] mir ist auch bewusst geworden, dass es eigentlich schon verschiedene Arten von Ekel gibt. Also nicht nur das typische Ekelgefühl so, puh da ist jetzt eine so richtig grausliche Wunde oder da ist ein ungepflegter Mensch, den du dann / bei dem du dann die Körperpflege machen musst und der eigentlich nichts annimmt von der Pflege. Das sind dann glaube ich so die herkömmlichen / das ist so der herkömmliche Ekel. (PB01, Pos. 12-16)*

Die Studierenden berichten im Interview davon, dass sie beim Führen des Ekel-Tagebuchs zunächst den Fokus auf den körperlichen Ekel legten. Dieser war bereits vor Studienteilnahme bekannt und fiel bei der Dokumentation der Erlebnisse leichter.

*„[...] Ich habe zuerst meinen Fokus so auf die / auf so, ja wie sagt man da am besten? Den körperlichen Ekel den Fokus gelegt. Weil man das eher gewohnt ist. Dann hauptsächlich so auf Ausscheidungen, dann eben Wunden. (atmet durch). Ja zum Beispiel, wenn du einmal richtig grausliche Wunden gesehen hast, die schon geeitert haben, sowas. Dann hast du dir gedacht, puh jetzt ist es wirklich ekelhaft. Das ist wirklich grauslich.“ (IV PB01, Pos. 117-121)*

Jede Person kann sich vor etwas ekeln. Es stellt jedoch einen Unterschied dar, ob sich Auszubildende zu Hause oder im beruflichen Setting ekeln. Aufgrund der Krankheitserreger, womit sie im klinischen Setting konfrontiert sind, haben hier andere Faktoren einen Einfluss auf das Ekelempfinden, als im privaten Umfeld.

Beim klassischen Ekel besteht eine große Abneigung gegenüber Schmutz und Unreinem. Dabei können selbst Räumlichkeiten abstoßend wirken.

*„Und ja was ich auch gemerkt habe, ich habe einen wahnsinnigen Ekel vor der Spüle. (lacht) So der ganze Raum, ich weiß nicht wieso. Ich verbinde das dann einfach damit, dass ich dort nur die ganzen Abfälle und so hineinbringen und ich kann in einer Spüle nichts mehr ohne Handschuhe angreifen (lacht). Ja und das ja, ich finde das / die Spüle sehr, sehr abstoßend.“  
(IV PB06, Pos. 163-168)*

Es zeigt sich ein Unterschied beim Ekelempfinden zwischen Ausbildungsbeginn und dem vierten Semester. Die Studierenden berichten davon, dass sie sich anfangs eher vor Klassikern, wie Ausscheidungen, ekeln. Dies ändert sich jedoch im Laufe der praktischen Ausbildung. Unbekannte Situationen, wie das Beseitigen von Nahrungsresten beim Reinigen einer Zahnprothese, können Auszubildende ekeln.

*„Das ist zum Beispiel auch, was ich beobachtet habe. Wie ich eben angefangen habe eben, habe ich mir gedacht, ja man ekelt sich vor, weißt eh, Urin, Stuhl, Erbrochenes und so. Aber dass du dann eigentlich mal dort stehst beim Waschbecken und eine Zahnprothese wäscht und du könntest jetzt gerade weinen, weil dir gerade so graust vor dem Essen. An das habe ich nicht gedacht. Dass das so diese kleinen und unscheinbaren Sachen sind.“ (IV PB06, Pos. 535-545)*

Zumeist ist es beim klassischen Ekel das Neue, Unnatürliche und Außergewöhnliche, wovon sich Auszubildende im vierten Semester ekeln. An andere Situationen, in denen zuvor Ekel erlebt wurde, wurde sich gewöhnt und sind keine Belastung mehr.

*„Zum Beispiel beim körperlichen Ekel, zum Beispiel wenn es einen wirklich vor einer Person oder vor Wunden oder vor Ausscheidungen ekelt, das ist man eigentlich recht schnell in der Pflege gewohnt. Da kann man sich dann eigentlich gut abgrenzen. Das nimmt man auch nicht so mit nach Hause [...]“ (IV PB01, Pos. 144-147)*

Der klassische Ekel stellt demnach eine Form dar, womit Auszubildende durch Gewöhnung und Erfahrung lernen können, zurecht zu kommen. Es wird erkennbar, dass sich die Situationen im Laufe der Ausbildung und mit der Erfahrung verändern und weiterentwickeln. Ursprüngliche Ekelgeschehnisse reduzieren sich und neue Ekel-Erlebnisse treten auf. Die Situationen, welche beim klassischen Ekel beschrieben werden, haben zumeist gemeinsam, dass die Studierenden im Rahmen der Ausbildung noch nicht damit konfrontiert wurden. Sind die Ekel-Trigger bereits bekannt und kann ihnen entgegengewirkt werden, stellt es keine Belastung mehr für sie dar. Sind es jedoch Ereignisse, die sich außerhalb des Bekannten befinden, finden sich immer wieder Situationen, die Ekel auslösen.

*„Aber so dieser Abfangmoment, wo du mal hineingehst in die Situation und du musst dich mal vertraut machen mit, was ist passiert, was ist alles zum Saubermachen quasi, wie geht es dem Patienten? Das ist halt schon das, wo ich glaube ich so diese Erschreckungsekel quasi, wenn man das so sagen kann (lacht).“ (IV PB06, Pos. 189-193)*

Die Studierenden scheinen in überraschenden Momenten und unbekannten Situationen für kurze Zeit Überforderung zu verspüren, bis sie sich einen Plan zurechtgelegt haben. Treffen Auszubildende auf Unerwartetes, müssen diese zunächst die Gesamtsituation erfassen und können dann erst mit der Handlung weiter fortfahren. Es wird kurz innegehalten, um sich mit allem vertraut zu machen und die Situation einschätzen zu können. Schwierig wird es für Auszubildende, wenn sie noch keine konkrete Vorgehensweise kennen.

*„Mir ist zum Beispiel aufgefallen, ich empfinde viel schneller einen Ekel, wenn ich mit einer Situation nicht hundert-prozentig vertraut bin. Wenn ich den Patienten noch nicht gut kenne. Wenn ich die Sache, die mir Ekel bereitet noch nicht gut kenne.“ (IV PB06, Pos. 256-259)*

*„Ja ich glaube es waren meistens so unbekannte Situationen [...] viele Sachen kenne ich ja schon und dann weiß ich, ok wenn ich jetzt, keine Ahnung, die Inko-Versorgung aufmache, dann erwartet mich das und das. Aber dann, wenn es so neue Situationen / da habe ich einfach nicht gewusst, was mich da jetzt erwarten wird und ich glaube dieser Überraschungsmoment eben, wenn dann beim Baby die Windel [...] aufmachst und dann dieses Kindspech siehst und dass es so außergewöhnlich, also neu [...]“ (IV PB05, Pos. 97-103)*

Viele Tätigkeiten, die Ekel bereiten, gehören zum Pflegealltag dazu und können gewöhnt werden. Einige Situationen, die sehr speziell sind, hingegen, können auch nach mehreren Praktika zur Herausforderung werden.

*„Und so, wie gesagt, konzentrierter Harn im Kathetersackerl, den man dann ausleert, ist (..) stinkt bis zum Himmel. Und das ist ein ganz, ganz eigener Geruch. Das hatte ich gar nicht gewusst, dass das so ein spezieller Geruch ist.“ (IV PB04, Pos. 114-117)*

In Spezialbereichen zeigt sich, dass andere Dinge als außergewöhnlich und ekelerregend beschrieben werden, als auf nicht-intensivmedizinischen Stationen.

*„Das ist genauso wieder wie wenn man auf einer Intensiv mit ganz anderen Sachen konfrontiert wird. Weil auf der Intensiv da ist es halt einfach, die invasiven Sachen, die du setzt, die sind einfach viel mehr und die sind einfach hundert mal ekeliger sage ich einmal (lacht), als wenn du jetzt einen normalen Venflon setzt und du stichst in die Vene, als du dokterst beim Hals herum und du triffst unabsichtlich eine Arterie und auf einmal hast eine Blutdusche da oder so [...]“ (PB06, Pos. 49-55)*

Es sind Gegebenheiten, die den Betroffenen besonders auffallen, aufgrund deren Erscheinung oder Geruchsbelastung.

*„Ich habe gemerkt, dass ich mich hauptsächlich vor Stuhl ekel. Vor konzentriertem Harn, der hat einen ganz bestimmten Geruch gehabt. Vor bestimmtem Erbrochenen. Beispielsweise kaffeesatzartiges Erbrechen ist wirklich, wirklich nicht schön.“ (IV PB04, Pos. 10-12)*

*„Da muss ich aber ehrlich sagen, die normalen Ausscheidungen stören mich eher / sind mit eigentlich egal.“ (IV PB05, Pos. 339-340)*

*„Es ist meistens ekeliger Harn oder irgendwie spezieller Stuhl. Ich glaube es waren nur zwei Situationen, die weder mit Harn noch mit Stuhl zu tun gehabt haben.“ (IV PB05, Pos. 528-530)*

Beim klassischen Ekel wird zwischen Vorgängen, die gewollt sind und Unnatürlichem differenziert. Werden Pflegemaßnahmen bewusst gesetzt und Auszubildende wissen, worauf sie achten müssen und was auf sie zukommt, tritt Ekel weniger auf, als bei unerwartet auftretenden Gegebenheiten oder Unnatürlichem.

*„Und diese Blutschmierer und dann dieser süßliche, eisenhaltige Blutgeruch, wie man ihn kennt, das / da wah (lacht). [...]Es ist auf jeden Fall etwas, wo ich mir schönere Sachen vorstellen könnte, als dass ich das da jetzt mache. [...] Sicher, du wirst mit dem Blut immer konfrontiert sein in dem Beruf und du kannst es kaum umgehen. Aber es ist für mich eine andere Sache, wenn ich das aus einem Röhrchen herausziehe, weil das ist ja ein gewollter Vorgang*

*von mir. [...] Andere Situation ist, wenn jetzt jemand irgendwo da irgendwo hinblutet. Wo ich sage, okay das ist was Unnatürliches. Das ist nicht von mir gewollt. Das ist nicht vom Patienten gewollt. Das ist passiert, oder das gehört so eigentlich nicht. [...] Wenn du eben einen Zugang stichst, da stichst du ja dann hauptsächlich nur mehr zentralvenöse Katheter. Das ist halt eine wahnsinnige Sauerei, wenn du nicht sofort halt gleich alles parat hast und so, dann hast da halt einmal (lacht) / schaut es aus wie bei einem Fleischhacker bisschen. Ahm und das war dann aber auch, in dem Moment, war mir das egal, weil es war ein gewollter Vorgang. Du wolltest da in diese Vene was hineinbringen. Da war jetzt egal, ob da weiß nicht wie viel Blut daneben ist. Anders ist jetzt, wenn das Blut aus dem Magen kommt beispielsweise und du setzt eine Magensonde, dass das Blut raus kann und du siehst die Unmengen an Blut, die da jetzt herauskommen und dir graust komplett, weil das wolltest du nicht und das gehört so nicht. So das ist so dieser natürliche Instinkt, der was ein bisschen so sagt, he pass auf (lacht).“ (IV PB06, Pos. 210-239)*

Ekel geht beim klassischen Ekel oft mit Besorgnis um die Gesundheit des Gegenübers oder der eigenen einher. Es ist ein Schutzreflex, der ausgelöst wird, um dem Körper zu signalisieren, dass Gefahr lauert.

### **Sozialer Ekel**

Die Studierenden gehen bei ihrer Arbeit einer bestimmten Intention nach. Ihre Aufgabe und ihr Ziel ist es, Menschen zu helfen und etwas Gutes zu tun. Kann dem nicht nachgegangen werden, da hindernde Faktoren, wie die Ablehnung von Betreuungsangeboten oder dem gesundheitsgefährdenden Lebensstil der Patient:innen dies erschweren, ekeln sich die Betroffenen vor der Situation und der Person. Das persönliche Bedürfnis nach Sauberkeit und Ordnung verstärkt das Ekelempfinden.

*„[...] was mich so als Mensch vielleicht auch geekelt hat, weil ich schon ein reinlicher perfektionistischer Mensch bin, wie manche Menschen eigentlich zu Hause leben. Und das auch gar nicht so wahrnehmen, oder das sogar als Lebensqualität sogar beschreiben. (..) Obwohl sie zum Beispiel in einem richtigen Messie-Haus wohnen, wo wirklich Rattenfallen in der Ecke stehen oder generell am Tisch stehen. Oder so oder dann, du siehst genau wo der Mensch gegangen ist, weil dort sind keine Spinnenweben. Überall sonst schon. Und du magst eigentlich gar nichts angreifen. Das war dann schon wirklich grauslich. (lacht).“ (IV PB01, Pos. 166-172)*

Im Kontext der Pflege ist aufgrund der stets präsenten Keimbelastung eine gewisse Achtsamkeit vorhanden, um sich vor diesen Gefahren schützen zu können.

*„Das ist einfach so etwas für mich, da bin ich viel / da weiß ich nicht, der Körper hat mich auf Alarmbereitschaft gesetzt oder so. Aber mir persönlich fällt dann das Ekeln auch leichter. Vielleicht weil auch noch keinen Bezug zu den Menschen hat. Weil ich finde, je mehr Bezug du zu einer Person hast, desto weniger ekelt dir vor ihr“. (IV PB06, Pos. 259-263)*

Gesundheitliches Fehlverhalten oder die fehlende Einsicht von Patient:innen hinsichtlich der erforderlichen Behandlungsmaßnahmen für einen fortschreitenden Genesungsprozess lösen bei den Auszubildenden Ekel aus. Es ist für die Studierenden im vierten Semester nicht nachvollziehbar, weshalb sich Personen gegen gesundheitsfördernde Maßnahmen entscheiden oder die Krankheit nicht ernst nehmen, obwohl dies einige Risiken birgt.

*„Das (.) ich weiß nicht, das hat mich so schockiert, wie man so / wie man sich so gehen lassen kann. [...] ich denke, der Patient hat herausgefiltert, was er für sich so (.) hören will. Und das hat mich / eher die ganze Situation ein bisschen geekelt.“ (IV PB03, Pos. 39-50)*

Die Umstände, in denen sich Patient:innen befinden, können den Betreuungsprozess beeinflussen. Trotz einer guten Pflegebeziehung kann es dann sein, dass die Betreuung unter dem Ekel empfinden leidet. Es wird versucht, die Patient:innen im Vordergrund zu sehen, selbst wenn sie mit unangenehmen Gegebenheiten umgehen müssen.

*„[...] also so der Patient an sich war total lieb. Also ich habe mich auch gut mit ihm verstanden. Es waren eher nur ja die Umstände (.) nicht so das Wahre.“ (IV PB03, Pos. 85-90)*

Oftmals liegt es beim Ekel aufgrund des Verhaltens oder Ekel gegenüber Situationen an der Intention, die dem zugrunde liegt. Beim klassischen Ekel werden Situationen beschrieben, in denen aufgrund einer Krankheit Ekel auftritt, wofür die Erkrankten jedoch keine „Schuld“ tragen. Beim Verhalten gegenüber dem Pflegepersonal oder sich selbst, fehlt jedoch das Verständnis, da hierbei mutmaßlich eine Entscheidung getroffen wird.

*„[...] alle anderen die konnten nicht wirklich speziell selber was dafür. Alleine, wenn sie das Wissen dazu nicht hatten oder weil es ihnen bis dahin noch niemand erklärt hat. So bei Wunden, die nekrotisch geworden sind und sie erst dann ins Krankenhaus kommen. Aber er wusste sehr wohl und hat beschlossen, es zu ignorieren. (4) Ja. (.) Da hat mich das noch mehr geekelt, als andere Sachen, die ich beschrieben habe in den Tagebüchern, wo es halt dazu gekommen ist, aber sie selbst es nicht besser wussten.“ (IV PB03, Pos. 55-61)*

Es sind Situationen, die vermeidbar wären, wenn entsprechende Maßnahmen gesetzt würden und die notwendigen Ressourcen vorhanden wären. Die Auszubildenden müssen sich in Situationen begeben, in denen sie sich ekeln, obwohl diese zu verhindern wären.

*„Und dann (..) in Verbindung mit Ekel speziell war es dann halt eher so bei hygienischen Dingen, dass mir dann aufgefallen ist, okay das könnte man eigentlich hygienischer regeln, wo man sich dann weniger davor ekeln könnte. Was vor allem auch in der Hauskrankenpflege der Fall war, weil da haben sie natürlich nicht die möglichen Ressourcen um alles Lehrbuchgemäß zu gestalten und durchzuführen. Was dann Situationen verursacht, wo Wunden schlimmer sind, als sie sein könnten. Oder beim Dauerkathetersetzen kommt es vielleicht zu Harnwegsinfektionen und solche Sachen. Harnwegsinfekt, meistens verbunden mit einem intensiveren Geruch, was wieder Ekel verursacht.“ (IV PB03, Pos. 10-18)*

Es werden Situationen geschildert, die Studierende als unnötig bezeichnen. Dies bezieht sich auf das Auftreten und Verhalten von Patient:innen, welche den Studierenden zufolge absichtlich erfolgt.

*„Extra irgendwie auch eine Sauerei am Tablett. Das ist auch irgendwie sowas, das ist auch was wo ich mir oft gedacht habe, mir graust es teilweise vor den Personen eben [...] ist es zu viel verlangt, dass man die Decke zumindest auf das Bett legt oder weiß ich nicht. Salat über das ganze Tablett verteilt, weil es ist eh egal, wir gehen eh heim, so. Ja, aber ich bin dann diejenige, die schlichten kann, dass sie's in den nächsten Wagen hineinbekommt. [...] Das sind dann einfach so diese Sachen, unnötig.“ (IV PB06, Pos. 638-654)*

Es entsteht Ärger über das Verhalten der Patient:innen, da dieses meist mit einem erhöhten Arbeitsaufwand einhergeht. Für die Auszubildenden scheint es unnötig zu sein, sich neben anderen Aufgaben mit solchen Dingen auch noch auseinandersetzen zu müssen. Einigen Patient:innen fehlt es an Dankbarkeit. Auch das löst bei den Auszubildenden Ärger und Ekel gegenüber den Personen aus.

*„Das ist, wenn dich da jemand 'angrantlt' von früh bis in die Nacht, da hast du kein Verständnis mehr dafür. Du zeigst dein Verständnis, aber innerlich denkst du dir auch deinen Teil dazu. Weil den ganzen Tag fährt er dir nur drüber, aber dann kannst du ihm wieder helfen. Weißt, so dieses, Undankbarkeit. Also ich glaube das geht dann in einem mit her, dass ich sage, der Mensch ist undankbar, du ekelst dich vor dem Menschen.“ (IV PB06, Pos. 611-617)*

Ekel zeigt sich gegenüber Personen meist dann, wenn diese sich absichtlich unangemessen verhalten. Es fehlt einigen Patient:innen an Respekt gegenüber dem Pflegepersonal und

Praktikant:innen. Sind es jedoch Personen, die keine Schuld an der Situation tragen, die bei den Auszubildenden Ekel verursacht, steht die Pflegebeziehung und nicht der Ekel im Vordergrund.

*„Aber dann sagst du halt, ja es kommt vor, kann passieren, absolut kein Problem. Gell, dafür sind wir ja da. So, also das ist dann überhaupt nicht so, dass ich da denen / also mir tun dann die Leute eher leid, als dass ich ihnen irgendwelche Vorwürfe machen würde. Außer es ist eine Situation, wo ich sage, das ist jetzt beabsichtigt, dass dir wer was auswischt oder so. Das ist dann schon so / das ist respektlos.“ (IV PB06, Pos. 324-329)*

Es wird deutlich, dass nicht nur Ekel alleine als Emotion in den beschriebenen Situationen empfunden wird, sondern, dass auch andere Gefühle, wie Ärger und Wut, hervortreten. Studierende kannten vor der Studienteilnahme vorwiegend den klassischen, herkömmlichen Ekel. Was neu für die Betroffenen war, ist der Ekel gegenüber Personen und Situationen. Welche Bedeutung eine weitere Form des Ekels, der sexuelle Ekel, für die Auszubildenden hat, wird im Folgenden näher erläutert.

### ***Sexueller Ekel***

Bei der Dokumentation der Ekelerlebnisse berichteten zwei der Befragten von Ekel in einer zuvor unbekannten Form. Beschrieben wird der sogenannte sexuelle Ekel. Im Zuge der Tagebuchführung wurde der Fokus zwar zunächst auf den klassischen Ekel gelegt, jedoch stellt sich heraus, dass diese weniger belastend wirken, als sexueller Ekel. Dieser bleibt bei den Studierenden besonders lange im Gedächtnis.

*„Das habe ich auch recht interessant gefunden, vor allem beim Tagebuch führen, beim Reflektieren. Weil einem das dann wirklich so bewusst geworden ist, weil wenn man dann so zurück denkt, okay ja was war jetzt ekelhaft. Denkst du dir ja die Wunde, der Hautzustand von dem Patienten, oder der Patientenzustand von dem und dem. Aber dann eigentlich so was dann eigentlich so wirklich so hängen geblieben ist, das war dann eigentlich wirklich so dieser sexuelle Ekel vor dieser Person, die einem so begegnet ist. Vor allem bei so einer intimen Ebene, sage ich mal und dann war man dann schon wirklich froh, wie man den Patienten losgeworden ist (lacht). Oder einfach eine ältere Kollegin gesagt hat, ja weißt was, den übernehme ich, da brauchst gar nicht hineingehen. Da war ich echt froh. Das ist mir so wirklich / das war ein Hauptpunkt, der mir so im Gedächtnis geblieben ist von dem Ganzen.“ (IV PB01, Pos. 157-166)*

Es überrascht die Studierenden, dass es, abgesehen von der bekannten Ekelform, auch andere Arten, wie den sexuellen Ekel gibt. Das Erleben von Ekel bei übergreifigem Verhalten war für

die Studierenden neu und ist durch die Reflexion mittels Ekel-Tagebuch in den Vordergrund gerückt.

*„Und ja, da war ich eigentlich überrascht, weil ich daran nie gedacht habe, dass es da auch Ekel gibt. Ja durch die Studie, durch die Teilnahme ist mir das dann schon bewusst geworden.“ (IV PB01, Pos. 26-28)*

Für die Auszubildenden ist klar, dass es für den klassischen Ekel Handlungsstrategien gibt und dass dieser zumeist gewöhnt wird. Handelt es sich jedoch um sexuellen Ekel, sind die Studierenden froh, Distanz gewinnen zu können und mit den übergreifigen Patient:innen nicht mehr in Kontakt treten zu müssen. Dadurch, dass adäquate Umgangsstrategien fehlen, wirkt der sexuelle Ekel belastender, als der herkömmliche. Der Drang nach Abstand steigt sowie das fehlende Verständnis für das Verhalten ihnen gegenüber. Für die Auszubildenden scheint es schwierig zu sein, in solch einer Situation weiterhin professionell zu bleiben.

*„Zum Beispiel ist mir in der Notaufnahme das mehrmals begegnet, dass man Sträflinge oder Häftlinge von der Justizanstalt überstellt bekommen hat. Und hat dann halt eben im Untersuchungszimmer dann eben betreut. Und der Ekel war dann so eben, so in die Art, sexueller Ekel, [...] also da habe ich so eine Erfahrung einfach gemacht, dass die meisten mich dann fast schon mit dem Blick alleine ausgezogen haben und das war dann wirklich unangenehm und ekelhaft, weil du dir gedacht hast, warum muss das jetzt sein oder wieso ist das jetzt so. Und wie kannst du dich da am besten schützen? Oder den Kontakt so plötzlich dann halt am minimalsten halten. Dass du dich dann halt wirklich abgrenzt von dem und trotzdem professionell weiter arbeitest. Oder, ja einfach schaut, wie reagierst DU oder wie handelst DU, damit du dich jetzt einfach eindeutig von dem distanzieren kannst.“ (IV PB01, Pos. 17-26)*

Werden Auszubildende mit sexueller Belästigung konfrontiert, zeigt sich eine tiefe Abneigung ihrem Gegenüber. Jegliche Vermeidungsstrategie wird angenommen, um Abstand von den übergreifigen Patienten zu gewinnen.

*„Mir ist es auch häufig passiert eben [...] dass man mit dem Thema sexuelle Belästigung konfrontiert wird. [...] du willst eigentlich gar nicht mehr hineingehen ins Zimmer. Und du willst der Person nicht einmal mehr die Medikamente hingeben, weil du einfach so einen tief sitzenden Ekel vor dem hat. Weil das war ein Herr, der hat dasselbe Geburtsjahr gehabt wie mein Papa und (lacht) sowas ist halt einfach, sowas geht nicht, also das. (..) Ganz grauslich finde ich (lacht). Ich weiß nicht, ob es da andere Kollegen gibt, die das nicht so grauslich finden, aber für mich ist das dann ja, so ein absolutes No-Go.“ (IV PB06, Pos. 154-163)*

Das Ekel-Tagebuch diente dazu, Ekel bewusster wahrzunehmen und Ekel-Situationen identifizieren zu können. Auch die Unterschiede bei der Wahrnehmung von klassischem Ekel und sexuellem Ekel wird durch den ersten Reflexionsvorgang mittels Tagebuches erkennbar.

*„Zum Beispiel beim körperlichen Ekel, zum Beispiel wenn es einen wirklich vor einer Person oder vor Wunden oder vor Ausscheidungen ekelt, das ist man eigentlich recht schnell in der Pflege gewohnt. Da kann man sich dann eigentlich gut abgrenzen. Das nimmt man auch nicht so mit nach Hause, wie zum Beispiel, eben wie vorher schon beschrieben, dieser sexuelle Ekel. Das belastet einen dann schon. Beziehungsweise ja belastet einen schon auf eine anderen Ebene, die man dann vielleicht nicht so gewohnt ist, oder auch nicht so schnell wieder abdrehen kann. Und da macht man sich dann schon viele Gedanken, wieso, weshalb, warum. Und eben, habe ich richtig reagiert? Wie reagiere ich das nächste Mal? Und ja das ist so bisschen mit Scham auch so verbunden, obwohl das so eigentlich nicht sein sollte. (IV PB01, Pos. 144-153)*

Beim sexuellen Ekel rücken negative Gedanken in den Vordergrund und sensorische Eindrücke lassen nach. Anschließend erfolgt die Reflexion des Erlebten. Das eigene Handeln und die Reaktion auf das Geschehene werden kritisch betrachtet. Können keine adäquaten Umgangsstrategien gefunden werden, nagt das Erlebte an den Betroffenen und sie empfinden Scham. Manche stellen sogar infrage, ob die Reaktion angemessen und angebracht war.

*„Und im Gegensatz zum sexuellen Ekel, (.) da hat man noch nicht gewusst, okay reagiert man vielleicht über. Hat man vielleicht zu viel hineininterpretiert? Vor allem, wie soll man das jetzt aufs Blatt bekommen? Wie formuliert man das? (..) Es hat sich einfach übergriffig angefühlt. Aber es ist halt so in dem Sinne körperlich nichts Übergriffiges passiert und das ist halt eben so die Grenze gewesen, wo man sich dann im Beschreiben eben beim Führen des Tagebuchs wirklich schwer getan hat. Also ich zumindest. Das war dann immer so, ja wie bringst du es auf das Papier. Wie bringst du es jetzt am realistischsten rüber. Und ja, da hat man eigentlich gemerkt, das ist eigentlich mehr so ein Tabu-Thema. Eigentlich hält einen das eher zurück, als wenn man über Ausscheidungen oder über Wunden spricht, als über den Ekel. Weil das ist für die Allgemeinheit für die Menschenmasse, generell ein Ekelthema und das halten viele nicht aus. Aber dann so über den sexuellen Ekel, da hörst eigentlich fast gar nichts. Und wenn du dann darüber bewusst schreibst, merkst du eigentlich, okay eigentlich hast du noch nicht viel darüber gehört. Über Kollegen auch nicht. Es wird eigentlich nichts geredet miteinander bei dem Thema. Ja und dann war man manchmal halt so bisschen ratlos, wie man das dann wirklich dann da am besten hinschreibst, oder formulierst.“ (IV PB01, Pos. 328-342)*

Es zeigt sich, dass der herkömmliche, klassische Ekel im Pflegealltag normal ist und leichter fällt, zu reflektieren. Der sexuelle Ekel hingegen stellt beim Verschriftlichen eine Herausforderung dar. Es wird betont, dass sexueller Ekel ein Tabu-Thema darstellt. Den Studierenden ist die Verbindung von Ekel und sexueller Belästigung erst durch die Studienteilnahme bewusst geworden. Zuvor gab es keine Auseinandersetzung mit der Thematik. Die Schilderungen des sexuellen Ekels zeigen, dass versucht wurde, die Situationen realistisch darzustellen. Es besteht eine gewisse Unsicherheit darüber, ob das Erlebte auch für andere nachvollziehbar ist. Es fehlt der Austausch über dieses Thema, sei es im Praktikum oder in der theoretischen Ausbildung. Sexueller Ekel wurde den Betroffenen zufolge zu wenig beleuchtet, wodurch auch die Reflexion schwerer gefallen ist.

Im Allgemeinen hat sich gezeigt, dass die Studierenden im Rahmen der dreimonatigen Auseinandersetzung mit dem Gefühl des Ekels, ein erweitertes Verständnis dafür gewinnen konnten. Der zunächst körperliche Ekel, mit seinen klassischen Faktoren, erweiterte sich auf den sozialen und sexuellen Ekel.

#### 4.2.2. Einfluss von Ekel auf den Körper

Im Rahmen der Interviews konnten verschiedene Einflussfaktoren von Ekel auf den Körper identifiziert werden. Dabei werden einerseits Gestik und Mimik sowie die persönliche Befindlichkeit beeinflusst. Die physischen und psychischen Veränderungen können sich weiterführend auf die Handlungsfähigkeit und die Pflegebeziehung auswirken. Das Ausmaß des Einflusses wird in den folgenden Kapiteln näher beleuchtet.

##### *Physischer Einfluss*

Wie bereits bei der Analyse der Tagebücher festgestellt wurde, können gewisse Gesichtsausdrücke Ekel zugeordnet werden. Im Zuge der Interviews wird hierbei auf die Veränderung der Mundwinkel hingewiesen. Dies ist den Studierenden besonders aufgefallen. Die Veränderung der Mimik ist in den beschriebenen Situationen kein kontrollierter Vorgang, um bewusst Abneigung auszudrücken. Bei Ekelaufkommen in Pflegesituationen geschieht dies unbewusst und reflexartig.

*„Also bei den meisten Situationen, wo ich draufgekommen bin / also wo ich das gemerkt habe, dass ich mein Gesicht verzogen habe - also unbewusst eher und dass ich vielleicht auch unabsichtlich einmal zurückgewichen bin - das war nicht absichtlich, sondern aus Reflex.“  
(IV PB02, Pos. 35-37)*

Merken die Studierenden, dass sich ihre Mundwinkel nach unten ziehen, haben sie Angst, dass ihr Gegenüber den Ekel ebenso erkennen kann. Den Ekel zum Ausdruck zu bringen könnte sich den Auszubildenden zufolge negativ auf die Pflegebeziehung auswirken.

*„[...] im gleichen Moment habe ich mir wieder gedacht, nein XX pass auf, sonst / dass es der Patient nicht merkt, weil ich glaube sonst ist auch die Beziehung zwischen dem Patient und mir auch bisschen angespannt und dann glaubt der so quasi ich finde ihn grauslich, wenn ich das so sagen darf. Also ich finde ihn grauslich und er hat was falsch gemacht oder sonst. Und er hat dann noch mehr Schamgefühle. Und ich als Pflegeperson sollte ja ihm die ein wenig nehmen. Als dass ich die Bestätigung gebe, dass er wirklich ja. So wie zum Beispiel der Mensch mit der Leberzirrhose quasi, dass ich dem nicht noch die Bestätigung gebe, ja er ist übelriechend oder so.“ (IV PB02, Pos. 37-41)*

Nicht nur die Gesichtszüge verändern sich bei Ekelaufkommen, sondern auch andere körperliche Veränderungen werden wahrgenommen. In den Interviews wurden Unwohlsein und Übelkeit erneut thematisiert.

*„Also meistens hatte ich ein Unwohlsein bis zum nahezu Brechreiz. Also der kam dann nie, aber fast quasi. Also man spürt es dann schon, wie es ein bisschen hochkommt und einfach ein unangenehmes Gefühl im Bauch. Unangenehmes Gefühl in der Nase und (...) es kam Gott sei Dank nie dazu, aber ich könnte mir durchaus vorstellen, dass wenn irgendwas mal ganz, ganz schirch ist, dass ich dann auch erbrechen müsste.“ (IV PB06, Pos. 65-70)*

Tritt das unangenehme Gefühl in den Vordergrund, fällt es schwer, sich auf das Wesentliche zu konzentrieren. Die Betroffenen sind davon abgelenkt, die physiologischen Veränderungen zu kontrollieren.

*„Eben, wenn man eine richtig arge Geruchskulisse gehabt hat, oder eine Auswahl sagen wir mal so (lacht). Ahm ja da sind mir die Tränen in die Augen gestiegen. Man hat wirklich so einen Würgereflex gehabt und dann hast du dich wirklich momentan auf diesen Würgereflex konzentrieren müssen, dass du wirklich sagst, okay du schluckst es wortwörtlich runter.“ (IV PB01, Pos. 175-179)*

Der Versuch, die Reaktion des Körpers auf das Ekelereignis zu kontrollieren, gelingt bis zu einem gewissen Maß. Ziel ist es, die körperlichen Auswirkungen einzudämmen, anstatt sie voll und ganz zuzulassen. Studierende berichten auch davon, dass sie im Zuge des Ekelempfindens Gänsehaut hatten und ein „Abschütteln“ des Ekelgefühls wahrnehmen konnten.

*„[...] man aktiviert dann sozusagen so einen Selbstschutzreflex, dass man das wirklich probiert zum Ausblenden und einfach darüber zu stehen. Weil sonst hat man da einfach viel zu starke körperliche Reaktion. In den meisten Fällen funktioniert es. In anderen Fällen halt vielleicht nicht so gut (lacht). [...] Da habe ich zum Beispiel immer so Gänsehaut gekriegt. (..) Und so bisschen / da hat es einen so bisschen geschüttelt (lacht).“ (IV PB01, Pos. 180-186)*

Gänsehaut und vermehrter Tränenfluss zeigt sich bei manchen Teilnehmenden bei besonders intensivem Ekelempfinden. Auch eine veränderte Körpertemperatur und Hautfarbe können sich anbahnen.

*„Gänsehaut kriege ich auch, wenn mich etwas anekelt und bei ganz schlimmen Gerüchen und so (lacht) kriege ich auch Tränen in die Augen. Also das ist, wenn es wirklich ganz, ganz, ganz prekär wird, dann das. Und manchmal werde ich rot im Gesicht, also ich spüre wie mir heiß wird.“ (IV PB06, Pos. 555-559)*

Studierende erkennen Ekel, da sie diesen spüren können. Sie bemerken selbst, wie sich Gesichtszüge und ihre Haltung verändern. Das Gefühl des Ekels tritt reflexartig und unbewusst auf und dennoch wird versucht, es zu kontrollieren und zu überspielen. Dabei ist es nicht nur das körperliche Befinden, das beeinflusst werden muss, sondern auch das psychische. Die Auswirkung von Ekel auf die Gedanken und auf kognitive Fähigkeiten wird im Folgekapitel dargestellt.

### ***Einfluss auf psychisches Wohlbefinden***

Es gibt auf psychischer Ebene einige Probleme, die aufgrund des Ekels auftreten können. Ekel ruft unangenehme Gefühle und Gedanken hervor und kann den weiteren Handlungsverlauf negativ beeinflussen. Bei sexuellem Ekel empfinden Auszubildende neben dem Ekelgefühl gleichzeitig auch Scham, da ihnen die Situation so unangenehm ist.

*„Und dann zum Beispiel, wenn dann jemand, so wie die Sträflinge so, auf richtig unguter sexueller Art entgegen gekommen sind / ja ich weiß nicht, da wollte man eher so in den Boden versinken und halt eher so unsichtbar machen. Am besten mit so vielen Kleiderstücken wie möglich anziehen. Und da hat man dann wirklich auch mehrere Handschuhe angezogen. Einfach dass man dann noch mehr das Gefühl von einer Distanz gehabt hat.“ (IV PB01, Pos. 186-190)*

Der Wunsch nach Distanz ist bei Übergriffigkeit besonders groß. Eine Flucht-oder-Kampf-Reaktion wird bei den Studierenden ausgelöst. Fehlen ihnen in der Situation die Worte, tritt meist das Bedürfnis nach Flucht auf. Es ist ihnen unangenehm, so von Patient:innen angesprochen zu werden. In den Praktika nehmen die Studierenden die professionelle Haltung und Rolle der Pflegeperson ein, welche durch die Sexualisierung infrage gestellt wird. Das Erlebte kann bei den Auszubildenden in weiterer Folge zu einer Stressreaktion führen.

*„Und man hat wirklich die Sachen schnell gemacht. Vielleicht auch nicht so konzentriert, weil man immer die Person, die einem so begegnet, so im Blickwinkel gehabt hat. Man war eigentlich immer so bisschen zwischen Angriff und Flucht. Also das hat dann so, wirklich so körperlich gestresst, weil du halt eben so deine Instinkte gehabt hast, ja so, eigentlich möchtest du*

*nicht da sein, eigentlich möchtest du flüchten, wortwörtlich. Aber du musst es jetzt machen, oder wer macht es sonst? Und es war dann schon wirklich so Stressreaktion, da hat man dann wirklich zum Schwitzen angefangen. Also bei wirklich ganz arge Fälle hast dann wirklich schon bisschen Angst gehabt und zittrige Hände gehabt (lacht).“ (IV PB01, Pos. 190-197)*

Ekel sexuellen Ursprungs hat einen besonderen Stellenwert bei den psychischen Auswirkungen. Scham, Angst und Stress sind neben Ekel wichtige Gefühlsregungen, die sich negativ auf das Befinden der Studierenden auswirken. Jedoch gibt es auch bei anderen Erlebnissen, wie Ekel klassischer Art, Auswirkungen auf das psychische Befinden. Auch hier können aufgrund des Ekels Ängste entstehen.

*„Und wenn es ganz, ganz schlimm war, dann waren dann auch, sage ich mal, diese Berührungssängste da, wo ich dann gesagt habe, okay, das graust mir jetzt schon sehr, wenn ich das angreifen muss.“ (IV PB06, Pos. 308-311)*

Das Aufrechterhalten kognitiver Fähigkeiten, wie Erinnerungsvermögen und Konzentrationsfähigkeit, können aufgrund des Versuchs, das unangenehme Gefühl von Ekel zu unterdrücken, zur Herausforderung werden.

*„Das Unterdrücken wahrscheinlich. Also das, wie soll ich sagen, ja dass ich einfach wieder weiter mache. Also dass ich in der Situation, warum ich eigentlich hineingekommen bin, welche Pflegehandlungen, dass ich einfach mich gleich wieder daran erinnere. Das wollte ich eigentlich machen so quasi. Dass ich nicht abgelenkt bin. Weil ja, wenn ich dann hinein, dann bin ich mal gleich ‚das passt jetzt nicht so ins Bild‘ und dann ja, dass ich wieder zurückfinde zu der Tätigkeit, was ich eigentlich machen möchte. Und ja, das war eigentlich das größte Problem.“ (IV PB02, Pos. 56-61)*

Die ursprünglich geplante Maßnahme weiter fortzuführen stellt für die Auszubildenden ein Problem dar, da es ihnen schwerfällt, sich daran zu erinnern. Das Überraschungsmoment des Ekels überwältigt die Studierenden und beeinträchtigt die kognitiven Fähigkeiten. Der Fokus geht verloren und das Befinden der Patient:innen kann aufgrund des Ekels nicht mehr berücksichtigt werden.

*„Und ja, das habe ich dann in / währenddessen ich bei dem Patienten war, war ich abgelenkt auch irgendwie teilweise. Und habe ich nicht ganz / also bin ich nicht ganz auf ihn eingegangen. Eher auf den Ekel so quasi.“ (IV PB02, Pos. 21-23)*

Die Ablenkung durch den Ekel kann einen wesentlichen Einfluss auf die Betreuungsqualität haben. Auch das sich ablenken lassen von negativen Gedanken wirkt sich ungünstig aus.

*„Dann war es eher so emotional belastend. Also man hat sich dann wirklich schon Gedanken gemacht darüber, aber gleichzeitig auch geärgert, wieso man das macht, [...]“. (IV PB01, Pos. 200-201)*

Es stört die Studierenden, wenn sie sich zu viele Gedanken über das Erlebte machen müssen. Es fällt ihnen schwer, sich abgrenzen zu können und sich emotional zu schützen. Diese Faktoren sind Ergebnisse des Sich-ekelns und haben einerseits Auswirkung auf das Verhalten gegenüber Patient:innen und andererseits auf das Gefühlserlebnis der Studierenden.

Eine Person beschreibt hingegen, dass Ekel keine Herausforderung darstellt. Herausforderungen seien andere Situationen, wie Notfallsituationen, da hier oftmals das Unbekannte im Raum steht. Jede Notfallsituation ist eine Ausnahmesituation. Auch die Versorgung von Personen unter bestimmten Hygieneauflagen, wie bei COVID-19, wo viel bedacht werden musste, waren zu Beginn herausfordernd. Ekel allerdings, stellt den interviewten Personen zufolge einen gesunden Schutzmechanismus dar, der keine schwerwiegenden Auswirkungen auf die Ausübung pflegerischer Maßnahmen und das Durchhalten in ekelbehafteten Situationen hat.

*„Herausfordernd kann ich so nicht sagen. Also das ist eigentlich keine Herausforderung für mich gewesen. Ich habe halt gewusst, das gehört jetzt mit dazu. Das mache ich. Das ist nichts, was mich herausfordert. Das gehört dazu, das macht man zu Ende und dann kommt was neues [...] Herausforderung sind andere Dinge, die mir viel, viel schwerer fallen, als mit Ekel umzugehen. Das ist, vielleicht wenn irgendeine Notfallsituation ist und ich nicht weiß was ich tun kann [...] Finde ich einen Covid-Verdachtsfallpatient eher herausfordernd. Man hat zehntausend Mal mehr auf die Hygiene achten muss, als man es eh schon tut. Also Herausforderung / herausfordernd finde ich es nicht. (IV PB04, Pos. 148-151)*

Dann gibt noch Momente, in denen sich Studierende stolz fühlen, beispielsweise wenn sie im Austausch mit anderen Personen, auch außerhalb der eigenen Berufsgruppe, sind. Die Anerkennung der Tätigkeit und das Erkennen der Stärke und des Durchhaltevermögens der Auszubildenden erfüllt sie mit Stolz.

*„Und man war dann schon stolz. Also man hat dann das Gefühl von Stolz dann schon empfunden, wenn dann so die Dinge den Angehörigen oder dem Freundeskreis erzählt hat. Und die haben dann gesagt, na wie kannst du das aushalten? Ist ja voll arg. Oder richtig, richtig wild. Und das können sie sich gar nicht vorstellen. Und dann hast dann schon von denen auch Respekt bekommen, dass du die Arbeit machst und überhaupt schaffst. Und eben. Durch das Zuhause reden und mit den Angehörigen und auch den Kollegen reflektieren, hast du dann schon gemerkt, eigentlich macht man Arbeiten, die einen nicht nur körperlich, sondern auch emotional belasten und dass man da eigentlich darauf stolz sein kann, wenn man das macht.“  
(IV PB01, Pos. 213-221)*

Positiver Zuspruch lässt Studierende erkennen, dass sie in einem emotional belastenden Umfeld arbeiten und es von Stärke zeigt, sich diesem zu stellen und es auszuhalten. Erkennen Studierende ihre emotionale Belastbarkeit, löst dies ein Gefühl von Stolz aus, welches sie ermutigt, sich neuen Situationen zu stellen. Überwiegt jedoch die Belastung und es kann kein adäquater Umgang mit Ekel geschaffen werden, stellt dies ein Problem für die Handlungsfähigkeit dar.

#### **4.2.3. Haltung im Umgang mit Ekel**

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit der Haltung und den Zielen im Umgang mit Ekel. Es hat sich gezeigt, dass Auszubildende im Umgang mit Ekel ähnliche Herangehensweisen haben. Es werden Ziele angestrebt, die insbesondere auf das Wohlbefinden der Patient:innen und der Betreuungsqualität Wert legen. Zu den zu erreichenden Zielen zählen unter anderem, dass die Auszubildenden sich nichts anmerken lassen, mit dem übergeordneten Ziel, der Aufrechterhaltung der Pflegebeziehung. Weiter ist ihnen professionelles Auftreten ein großes Anliegen.

#### ***Ekel ist individuell***

Anhand der beschriebenen Ekel-Auslösefaktoren konnte festgemacht werden, dass es verschiedene Situationen gibt, in denen Auszubildende Ekel empfinden. Die Studierenden haben nicht nur ihre Erlebnisse reflektiert, sondern konnten auch erstmalig ihre individuellen Ekel-Auslöser identifizieren. Ekel stellt ein individuelles Gefühl dar, welches nicht verallgemeinert werden kann. Dennoch gibt es im pflegerischen Setting gewisse Aufgaben, die für Personen außerhalb der Berufsgruppe Ekel bereiten würden, jedoch für die Studierenden als Teil der Pflege angesehen und somit toleriert werden.

*„Oder auch Intimpflege, das ist für viele auch ekelhaft. Aber es gehört halt einfach für uns mit zur Arbeit. Ja deswegen ist Ekel in der Pflege einfach weit auslegbar. Weil es kann alles sein, bei Körperpflege, irgendwelche Verbandswechsel, weiß ich nicht, irgendwas mit Blut. Manche Leute finden Blut ekelhaft. Also Ekel in der Pflege kann glaube ich alles sein. (...) Und je nachdem, wen du da vor dir sitzen hast, der wird immer auch eine andere Antwort geben, weil das einfach so individuell ist glaube ich.“ (PB05, Pos. 349-355)*

Die Studierenden sind sich einig darüber, dass das Ekelaufkommen vom Individuum abhängt. Dies konnte durch mehrmaliges Reflektieren, einerseits durch das Führen des Tagebuchs, andererseits durch das Interview, festgestellt werden. Ekel kann nicht verallgemeinert werden, weshalb es auch keine universell anwendbaren Strategien im Umgang mit Ekel gibt.

*„Es ist generell schwierig Tipps zu geben, weil einfach jeder individuell ist.“ (IV PB01, Pos. 228)*

Das eigene Ekeln wird infrage gestellt, wenn andere keinen Ekel empfinden oder diesen bereits durch Gewöhnung abmildern konnten. Die Studierenden lernen sich und den pflegerischen Alltag erst kennen. Sie sammeln Erfahrungen, indem sie Praktika absolvieren. Die Erfahrung bereits ausgebildeter Pflegepersonen und anderer Studienkolleg:innen können dabei variieren.

*„Was ich noch gelernt habe, dass Ekel ganz etwas Individuelles ist. Ich habe mich da viel mit meinen Studienkollegen, Freunde, ich habe ja in meinem Bekanntenkreis ein paar Freunde, Freundinnen, die Krankenschwestern sind / habe mich eben auch mit denen unterhalten und da sind wir einfach draufgekommen, okay dem graust eben vor dem mehr, dem graust vor dem mehr. [...] Ekel ist für mich ein schwieriges Thema, weil man kann es nicht verallgemeinern. Du kannst nie sagen, okay, das ist Ekel, da empfindet man Ekel und da empfindet keiner Ekel, weil es gibt immer Sachen, vor denen sich irgendwer ekelt und es wird auch immer Sachen geben, vor der sich keiner ekelt. Und das ist halt auch sowas, [...] hin und wieder habe ich mir schon gedacht, okay hm denen graust überhaupt nicht vor dem und dem, aber das ist für mich die Hölle, so was ist los da.“ (IV PB06, Pos. 99-111)*

Im Umgang mit Ekel ist es wichtig, zu erkennen, dass nicht jede Person vor denselben Herausforderungen steht und dementsprechend andere Umgangsstrategien benötigt, als andere Personen. Ein weiterer wichtiger Aspekt in Hinblick auf Ekel ist, dass dieser auch im Kontext der Pflege seine Berechtigung findet und Pflegepersonen sich ekeln dürfen.

### ***Ekel darf sein***

Ekel ist eine normale Reaktion des Körpers auf äußere Reize, die nur bedingt von der erlebenden Person kontrolliert werden kann. Zu Beginn ihrer Ausbildung waren die Studierenden der Annahme, sie dürften keinen Ekel empfinden, da dieser keinen Platz im Pflegebereich findet. Im Laufe der Ausbildung veränderte sich jedoch diese Ansicht.

*„also Ekel in der Pflege, man glaubt eigentlich das ist / Ekel gehört einfach nicht zur Krankenpflege dazu. Also, da gehört nicht zur Pflege dazu, es müssen / es dürfen keinen Ekel empfinden. Am Anfang war es für mich klar, ich kann kein Krankenpfleger sein, wenn ich mich vor allem ekel. Also ich darf mich vor gar nichts ekeln.“ (IV PB02, Pos. 106-110)*

Den Studierenden wird vermittelt, dass Ekel keinen Platz in der Pflege hat. Sie hinterfragen ihre Berufswahl und zweifeln daran, die Ausbildung erfolgreich abschließen zu können. Es ist wichtig zu betonen, dass auch angehende Pflegepersonen Ekel empfinden dürfen, da es ein normales Gefühl des menschlichen Körpers ist.

*„Weil das ist eh okay. Ich darf das ekelig finden, weil ich weiß der Patient, da gibt es auch Sachen, die der Patient ekelig findet und das ist okay. Und ich weiß meine Kollegen finden auch Sachen ekelhaft. Und das ist ein ganz normales Gefühl und das darf so sein [...].“ (IV PB05, Pos. 221-225)*

Es fehlt an Austausch innerhalb der pflegerischen Berufsgruppe. Es scheint, dass Ekel nach wie vor ein Tabu-Thema darstellt. Anstelle das Gefühl zuzulassen, wird es unterdrückt.

*„Also dadurch, dass das Thema Ekel eigentlich in der Pflege so ein Thema ist, das nicht so oft angesprochen wird und auch ziemlich, meiner Meinung nach, unterdrückt wird. Oder einfach so, man hört oft so raus, wie ‚ja stell dich nicht so an‘.“ (IV PB06, Pos. 8-11)*

Es wird von manchen Pflegepersonen verlangt, den Ekel zu unterdrücken, da dieser Schwäche impliziert. Empfinden Personen Ekel, haben sie sozusagen in der Pflege nichts verloren. Dabei ist es den Auszubildenden wichtig, den Ekel zu thematisieren, ihn zuzulassen, um einen besseren Umgang mit belastenden Situationen zu schaffen.

*„[...] einfach in dieses ‘Ekel kommen lassen, Ekel spüren, Ekel geht‘. Du gehst in die Situation, der Ekel ist da, du verlässt die Situation und der Ekel geht. Und nicht dauernd dieses,*

*„nein ich darf keinen Ekel verspüren. Nein, ich darf keinen Ekel verspüren“. Sondern einfach zulassen.“ (IV PB06, Pos. 531-534)*

Auch im Interviewgespräch stellt sich heraus, dass die Tagebucheinträge, die verfasst wurden, nach Priorität selektiert wurden. Es wurden eher prekäre Situationen eingeschlossen, die es den Außenstehenden ermöglicht, den Ekel nachzuempfinden.

*„Und dann habe ich meiner vier-fünf, was ich halt gehabt habe und da habe ich mir gedacht ja, das sind aber eh schon eigentlich gute Situationen, wo man auch zurecht Ekel hat empfinden dürfen und ja.“ (IV PB02, Pos. 128-130)*

Ekel darf im Pflegebereich empfunden werden, unabhängig davon, um welche Erlebnisse es sich handelt. Für die Studierenden hingegen, waren eher neue und prekäre Situationen es wert, verschriftlicht zu werden. Es ist den Studierenden ein Anliegen, Ekel schon in der Ausbildung zu normalisieren und Auszubildende dafür zu sensibilisieren, dass Ekel eine normale Reaktion ist und es nicht die Kompetenz einer Pflegeperson infrage stellt.

*„Aber auch vielleicht mit in die Ausbildung aufnehmen, dass man sich vor Stuhl ekeln darf. Also ich glaube, dass viele glauben, wenn ich das jetzt tue, dann bin ich eine schlechte Schwester.“ (IV PB04, Pos. 173-176)*

Denn auch bereits ausgebildetes Pflegepersonal empfindet nach langer Berufserfahrung Ekel und darf dieses in Ordnung finden. Es sollte daher den Auszubildenden nicht verwehrt sein, ebenfalls Ekel in pflegerischen Situationen zu verspüren.

*„[...] also die Pflegerinnen sagen, es ist ein Geruch, womit sie noch nicht ganz zurechtkommen. Was immer übelriechend sein wird. Sie akzeptieren es und es ist okay, aber es wird auch mit 30 Jahren Berufserfahrungen, haben sie gemeint, dass es immer noch Gerüche gibt, die nie so richtig okay sein werden, also oder schon okay, aber ja. Sie können / es wäre ihnen lieber, wenn es sie nicht geben würde.“ (IV PB02, Pos. 162-166)*

Es ist wichtig, sich über das Thema Ekel in der Pflege auszutauschen. Es hilft den Betroffenen im Umgang damit und kann davor bewahren, die eigene Berufswahl zu hinterfragen.

*„Ich glaube, dass es wichtig ist, dass man weiß, dass man / also ich glaube, dass wichtig ist, dass einem auch vermittelt wird, dass das okay ist, dass man Ekel empfinden darf.“ (IV PB05, Pos. 257-259)*

Für die Befragten ist allesamt klar, dass Ekel ein Schutzreflex ist, der individuell auftritt, normal ist und auch in der Pflege seine Berechtigung hat.

*„Und einfach wirklich das normalisieren. Weil, das ist ein Thema das uns im Alltag einfach tagtäglich begleitet und mit dem sind wir immer konfrontiert. Und auf lange Sicht bringt einem das Nichts, wenn man das so runter spielt. Man muss sich einfach bewusst werden, okay was ist für mich Ekel? Was ist ekelhaft? Wie gehe ich damit um? Und dann halt auch wirklich so eigene Strategien entwickeln, wie begegne ich dem Ekel dann oder was ist da für mich am besten. Was sind Lösungsansätze, die ich dann mir entwickeln kann oder überlegen kann, um dem Thema Ekel oder den ekelhaften Ereignissen oder Erlebnissen oder Personen dann einfach zu begegnen. Und dann halt auch trotzdem selbstsicher und dann eben selbstsicher zu bleiben und gut arbeiten zu können.“ (IV PB01, Pos. 268-276)*

### ***Erhalt und Stärkung der Pflegebeziehung***

Studierende haben im Rahmen der Befragung immer wieder die Sicht der Patient:innen eingenommen. Sie stellen sich vor, wie sie sich an ihrer Stelle fühlen würden. Das Hineinfühlen in die Patient:innenperspektive ermöglicht es den Studierenden, ihren Blick zu erweitern. Es ist ihre Aufgabe, das Wohlbefinden der Patient:innen zu erhalten und zu fördern. Dies gelingt dann, wenn Ekel überspielt wird, damit ihr Gegenüber kein Unwohlsein und Scham entwickelt.

*„Aber es ist wirklich so, mit Erfahrung wird es immer besser und man muss immer daran denken, (...) wie willst du behandelt werden, wenn du in der Situation wärst. Also das ist immer das A und O bei generell bei jeder Pflegetätigkeit, finde ich. Aber in Bezug auf Ekel speziell dann auch nochmal, weil die Personen selber / ekeln sich dann manchmal auch vor sich selbst und wenn man ihnen das Gefühl gibt, ist es natürlich noch viel schlimmer. Also da muss man wirklich schauen, dass man es für den Patienten so gut gestaltet wie möglich.“ (IV PB03, Pos. 155-162)*

Es wurde für die Auszubildenden zur Aufgabe, den Ekel soweit zu kontrollieren, damit die Patient:innen nicht merken, dass sie sich ekeln. Ekel würde dazu führen, dass sich Patient:innen schlechter fühlen, was es zu vermeiden gilt.

*„Na ich denk mir immer, wenn ich der Patient wäre, eine Pflegeperson macht bei mir etwas und verzieht voll das Gesicht und ich weiß nicht, dann würde ich mich so unwohl fühlen. Weil das sind, wenn man in einem Spital ist, fühlt man sich so oder so schon unwohl. Man hat diese Nachthemden an oder ist vielleicht überhaupt nackt. Das sind halt einfach so intime Bereiche, die man so in der Öffentlichkeit eigentlich nicht teilen möchte. Und dann kommt irgendwer daher und schaut ur angeekelt. Das würde ich nicht wollen und genauso wenig würde ich nicht wollen, dass die Patienten das Ekelgefühl bei mir sehen. Weil sie sollen sich zumindest ein bisschen besser fühlen. Und wenn sie dann sehen, dass ich komm und dann irgendwas mache und dann verziehe ich das Gesicht, dann muss man sich ja noch schlechter fühlen. Also das / deswegen ist das mir persönlich wichtig, dass ich das irgendwie überspiele.“ (IV PB05, Pos. 483-494)*

Ein sensibler Umgang mit Patient:innen ist essenziell für Vertrauen und eine gute Pflegebeziehung. Würden Patient:innen erkennen, dass sich Pflegepersonen oder Auszubildende ekeln, könnte dies bei den Erkrankten Scham hervorrufen. Dies wiederum gefährdet den weiteren Betreuungsprozess. Daher ist es den Auszubildenden besonders wichtig, dass der Ekel für die zu Pflegenden nicht ersichtlich ist.

*„Die andere ist, natürlich, dass man sich halt schon probiert, ein bisschen zu fassen, im Sinne von, man schaut dass die Mimik halbwegs okay ist. Man schaut halt, dass es nicht so offensichtlich ist, wie man vielleicht gerade körperlich reagiert. Zum Beispiel beim Würgereflex oder wenn die Tränen in den Augen kommen. Weil man eben weiß, okay es ist wirklich ungut dem Patienten gegenüber. Die können meistens nichts dafür. Und man möchte halt auch nicht, dass sie sich schämen, weil wenn sie sich schämen, dann verstecken sie vielleicht mehr Sachen und hindern dem ganzen Heilungsprozess, als wie wenn das was Gutes getan hat.“ (IV PB01, Pos. 292-298)*

Der Krankenhausaufenthalt selbst stellt eine unangenehme Situation für erkrankte Personen dar. Um den Aufenthalt angenehmer zu gestalten, ist der Aufbau einer Pflegebeziehung wesentlich. Dieser stellt die Grundlage für Vertrauen und einen guten Betreuungsprozess dar.

*„Und auch vielleicht (lacht) die Mimiken unter Kontrolle haben. [...] weil man kann jedem Menschen nahe gehen und der schämt sich meistens eh schon so, dass / also dass er überhaupt im Krankenhaus oder wo auch immer ist. Und auch, wenn er dement ist oder sonst. Jeder hat Gefühle und jeder kann gewisse Sachen wahrnehmen. Und auch, weil am Anfang glaubt man, kennt man sich noch nicht so mit demente Personen aus, aber jeder nimmt das wahr, wie man reagiert auf gewisse Sachen. Und das ist unsere Aufgabe, dass man den Aufenthalt und so quasi so angenehm wie möglich und dass man auch respektvoll quasi mit ihm umgeht oder ihr.“ (IV PB02, Pos. 96-102)*

Ein respektvoller und würdevoller Umgang mit Patient:innen ist auch in Bezug auf Ekel essenziell. Das unangenehme Gefühl des Ekels mit den einhergehenden körperlichen Auswirkungen ist zu unterdrücken, damit die Patient:innen weiterhin gut versorgt werden können.

*„ [...] ja ich finde, dass man dem Patienten die ganze Zeit über Wertschätzung vermittelt. Auch wenn man am liebsten flüchten würde. Weil, wenn man sich selbst so unwohl fühlt in der Situation, aber du kannst jetzt nicht mitten in der Pflegehandlung sagen ‚wah‘, ich finde das jetzt ekelhaft, ich gehe jetzt. Du musst das fertig machen und musst es gut fertig machen, weil deine Arbeit soll ja dann auch irgendwas bewirken.“ (IV PB05, Pos. 145-151)*

Die Intention etwas zu bewirken und Gutes zu vollbringen steht als übergeordnetes Ziel bei der Ausführung pflegerischer Tätigkeiten. Den Ekel zu überspielen scheint für die Studierenden eine Möglichkeit zu sein, um Professionalität zu beweisen und Schamgefühle bei Patient:innen zu reduzieren. Aus der Sicht der Patient:innen hingegen lösen andere Faktoren Ekel aus, wie beispielsweise das Abhängigkeitsverhältnis zum Pflegepersonal.

*„Ich habe auch hin und wieder, wenn ich Zeit gehabt habe während dem / also während der Arbeit, zum Beispiel während der Körperpflege mit den Patienten geredet, so was ist für sie zum Beispiel ekelhaft [...]. Als Pflegeperson ist man einfach dem Patienten in der Beziehung sozusagen überlegen. Also da hat man so eine Hierarchie, weil der Patient ist ja abhängig. [...] eigentlich hätte ich mir erwartet, dass die Patienten so sagen, ja mir ekelt es vor den Ausscheidungen von den anderen Patienten oder von sich selber. Von den Wunden, die sie teilweise auch gesehen haben in den Zimmern, oder vielleicht auch allgemeine Zustände. Vielleicht auch die Nacktheit. Aber das ist gar nicht so oft gekommen. Eigentlich ist das häufigste, was sie gesagt haben, was ihnen wirklich ekelt, so die eigene Unselbstständigkeit, dass sie dann von uns eigentlich abhängig sind. Und wie wenig wir dann eigentlich auch auf die Umstände dann eingehen, bzw. sie sehen, weil wir das ja gewohnt sind.“ (IV PB01, Pos. 77-91)*

Patient:innen fehle der Mut oder der passende Raum, um ihren Ekel ausdrücken zu können. Es besteht die Sorge, dass das Pflegepersonal negativ darauf reagiert.

*„Vor allem, wenn du oft dort warst bei denen, haben die dann auch oft so eine freundschaftliche Beziehung aufgebaut, was das übliche Beziehungsverhältnis vom Patienten zur Pflege durcheinander gebracht hat. Und die haben sich dann wirklich geekelt, dass du sie dann wirklich pflegst und halt auch den Verbandswechsel durchführen lässt, weil sie gesagt haben, ‚ja es ist einfach krank‘. Vor allem sie haben sich dann selber gar nicht so als Mensch wahrgenommen. Die haben sich dann wirklich gefürchtet, dass du das dann auch so siehst. (..) Und das hat mich eigentlich recht gewundert, weil ich ehrlich gesagt nie daran gedacht habe,*

*dass die Patienten sowas auch empfinden können. Vor allem, weil von denen auch wenig rückgemeldet wird. Weil sie sich eben in der abhängigen Beziehung oft nicht trauen oder keine Zeit haben dafür.“ (IV PB01, Pos. 101-109)*

Daher ist es den Auszubildenden umso wichtiger, den Patient:innen gut zuzusprechen und Sorgen und Schamgefühle zu nehmen. Sie stellen ihre eigenen Befindlichkeiten hinten an und fokussieren sich auf die Person, die sie betreuen.

*„Ich habe auch immer versucht mit den Patienten zu reden und ihnen sagen, ist nicht so schlimm. Also halt so bisschen beruhigen. Weil sie riechen das dann auch und sagen, ,na das stinkt aber ganz ordentlich‘. Und dann denkst dir so, nein ist nicht so schlimm. Das wird schon wieder. Wenn man weiß, der Patient riecht das dann ja auch, dann ich weiß nicht, dann fokussiere ich mich darauf, dass es dem Patienten wieder besser geht, als dass (.) es kurz unangenehm ist für mich.“ (IV PB03, Pos. 138-144)*

Die Auszubildenden erkennen, dass sich Patient:innen in einer Ausnahmesituation befinden und auch sie unangenehme Erlebnisse im Zuge des Krankenhausaufenthaltes oder einer Betreuungssituation erleben. Ekel betrifft nicht nur das Pflegepersonal, sondern auch andere Beteiligte.

*„[...] es ist dir einfach unangenehm. Und unangenehm in der Linie, weil du merkst, dass es dem anderen Menschen unangenehm.“ (IV PB06, Pos. 31-34)*

*„[...] es gibt so Situationen, wo eigentlich man sich für den Patienten wünscht, dass der das auch nicht erleben muss. Weil der findet das ja auch ekelig.“ (IV PB04, Pos. 318-323)*

Die Kontrolle über sich und seinen Ekel zu behalten stellt nicht nur einen wesentlichen Punkt beim Erhalt und der Stärkung der Pflegebeziehung dar, sondern ist für die Auszubildenden eine Grundvoraussetzung für professionelles Verhalten.

### **Professionell bleiben**

Professionelles Auftreten und Handeln ist den Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege ein großes Anliegen. Sobald sie die Dienstkleidung anlegen, fühlen sie sich in die Rolle einer professionellen Pflegeperson hinein. Es ist ein Unterschied, ob sie im privaten Setting Ekel empfinden, oder im beruflichen im Rahmen der praktischen Ausbildung. Es ist ihnen wichtig, Contenance zu bewahren und Patient:innen Sicherheit und Vertrauen zu vermitteln. All das setzt voraus, dass die Auszubildenden in ihrer Tätigkeit handlungsfähig bleiben.

*„Aber jetzt, wenn ich Pflegetätigkeiten durchgeführt habe, habe ich keines davon abgebrochen. Also das war nicht einmal ein Gedanke. Das war nur halt so ein bisschen Ekel davor, aber dann Überwindung und ‚geh ma‘. Aber nie, dass ich jetzt wirklich gesagt hätte, nein ich halte das nicht aus, ich muss da raus.“ (IV PB03, Pos. 129-133)*

Es ist ihnen wichtig zu betonen, dass Ekel zwar empfunden wurde, jedoch die Maßnahmen nicht abgebrochen werden mussten. Es gilt das Motto „Augen zu und durch“, da es ihre pflegerische Pflicht ist, Patient:innen zu versorgen. Die beschriebenen Situationen, in denen Ekel empfunden wurde, sind Beispiele aus der alltäglichen Praxis und wird sie auch im späteren Berufsleben begleiten. Als angehende Pflegeperson kann es jedoch manchmal schwierig sein, Professionalität zu bewahren und der Tätigkeit ohne Zögern nachzugehen.

*„Ehrlich gesagt professionell zu bleiben. Also, dass ich halt die gleiche Motivation aufbringe, wenn er zum Beispiel läutet, dass ich halt sofort aufspringe und gehe. Was ich normalerweise bei jedem anderen mache. Weil, da musste ich mich selber quasi so am Riemen nehmen, so komm, das ist auch nur ein Patient. Das musst du runterschlucken, das kann nicht sein, dass du da jetzt quasi zögerst und schaust, ob jemand anderes geht. Weil den anderen geht es ja auch so. (schmunzelnd). Man hat dann schon gemerkt, desto länger der Patient auf der Station war, desto weniger Leute wollten hingehen und es gab dann auch schon Mitarbeiter, die gesagt haben, okay da gehe ich nicht hinein. Da könnt ihr machen was ihr wollt, da gehe ich nicht hinein. Also (...) als Praktikantin musste man das natürlich (lacht), aber es war jetzt nicht so extrem schlimm, aber ich habe schon gemerkt, okay, da (...), wenn die Glocke geläutet hat, dann mhm. Muss ich jetzt wirklich (lacht) und ja, ich muss wirklich. Und natürlich bin ich gegangen, aber da war so eine gewisse Zögerung und Hoffnung, dass jemand anderes schneller sein würde (lacht).“ (PB03, Pos. 71-85)*

Es zeigt sich jedoch, dass, sobald die Auszubildenden den Patient:innen gegenüberstehen, die zuvor bestehende Demotivation schwindet und die Betreuung professionell, ohne den Patient:innen die eigene Befindlichkeit spüren zu lassen, fortgeführt wird.

*„Aber wenn man dann beim Patienten ist, ist natürlich alles wieder egal. Das ist halt eher so bis zu dem Zeitpunkt, wenn man das Zimmer betritt, kann man noch denken, was man will, aber dann muss man sich zusammenreißen.“ (IPB03, Pos. 85-88)*

Professionalität geht mit Durchhaltevermögen einher. Das bedeutet, dass trotz der physiologischen und psychischen Belastungen eine gute Betreuung geleistet werden kann.

*„Und einfach, dass man das dann gut beendet. So, das war ein bisschen herausfordernd. Dass man nicht mittendrin sagt, ich muss jetzt weg oder weiß ich nicht. [...] Aber das war Gott sei Dank dann eh nie der Fall. Also ich habe alles was ich angefangen habe, dann auch fertig gemacht. Und das hat dann gepasst.“ (PB05, Pos. 151-156)*

Es ist den Studierenden wichtig, sich gut von den Erlebnissen abgrenzen zu können und Professionalität zu bewahren, indem die Handlung weiter ausgeführt wird.

*„Dass du dich dann halt wirklich abgrenzt von dem und trotzdem professionell weiter arbeitest.“ (PB01, Pos. 24-25)*

Professionelles Auftreten und Verhalten bedeutet auch, dass Ekel als ein Schutzreflex anerkannt und eigene Grenzen akzeptiert werden. Es braucht Strategien, um zu wissen, wie damit entsprechend umgegangen werden muss.

*„Ekel ist was Natürliches. Es ist okay, dass man Ekel verspürt. Ekel ist ein Schutzreflex, das ist ganz normal, aber trotzdem müsst ihr versuchen, dass ihr in eurem Beruf professionell bleibt. Dass du sagst, okay, du kennst deine Anzeichen und so und du weißt wie du damit umgehst.“ (IPB06, Pos. 178-182)*

Inwieweit Studierende versuchen, ihre Professionalität zu bewahren und die Pflegebeziehung aufrecht zu erhalten, wird im nachfolgenden Kapitel unter den Strategien dargelegt.

#### 4.2.4. Strategien

Die Studierenden haben im Rahmen ihrer praktischen Ausbildung bereits einige Methoden im Umgang mit Ekel angewendet. Da Ekel individuell wahrgenommen wird, konnten verschiedene Strategien ausfindig gemacht werden, die es den Studierenden ermöglicht, ihren Zielen und Bedürfnissen nachzugehen und dabei ihre Haltung nicht zu verlieren. Wie die Pflegebeziehung aufrecht gehalten werden kann, Auszubildende professionell bleiben können und dem Ekel ein Platz im pflegerischen Alltag gegeben wird, wird im folgenden Kapitel näher erläutert.

##### *Sich vorbereiten*

Die Befragten schilderten einige Situationen, in denen sie vom Ekel überrascht wurden und das Erlebte unerwartet auftrat. Es waren oftmals neue Gegebenheiten, die den Studierenden auch aus vorhergehenden Praktika noch nicht bekannt waren. Das Unerwartete in Verbindung mit Unbekanntem stellt für die Betroffenen teilweise eine Herausforderung dar. Um sich den Situationen gewappnet zu fühlen, erstellen die Studierenden einen Plan. Dieser bietet die Möglichkeit, gut strukturiert die Aufgabe zu vollbringen und lenkt vom unangenehmen Gefühl des Ekels ab.

*„Weil wie machen wir das jetzt? Das ist echt grenzwertig. Dann sind wir dann wirklich oft rausgegangen oder haben uns von der Situation entfernt oder distanziert besser gesagt. Und dann haben wir das so bisschen besprochen. So einen Plan erstellt / wie man einen Schlachtplan erstellt. Wie gehst du das jetzt an. Und dann ist man hineingegangen und dann war es nicht mehr so schlimm, wenn man das Gefühl geteilt hat quasi.“ (PB01, Pos. 207-211)*

Es ist hilfreich, sich von erfahrenen Personen Tipps geben zu lassen. Bei der Frage, wie sich Studienanfänger:innen auf eine schwierige Situation vorbereiten könnten, nannte ein der befragten Personen die Praxisanleitung als Ansprechperson.

*„In Bezug auf Ekel auch immer, vielleicht den Praxisanleiter fragen, was erwartet mich da jetzt? Wie gehe ich mit dem richtig um? Wie gehst du mit dem richtig um? Sich Tipps einholen, sage ich mal, von anderen.“ (IV PB06, Pos. 444-447)*

Generell scheint es wichtig zu sein, zu wissen, was auf einen zukommt. Überraschungsmomente sollen verhindern und so das Ekelaufkommen reduziert werden. Sind Auszubildende in das Vorhaben instruiert und erhalten sie Hintergrundinformation zu den Patient:innen, kann

dies ein Erschrecken verhindern und Studierende bringen leichter Verständnis für die Situation auf.

*„Also nachfragen ist immer das Wichtigste, bevor man irgendwo hineingeht, wo man wirklich einen Menschen verbal verletzen oder nonverbal verletzen könnte. Das ist glaube ich sehr wichtig. (...) Aber ich glaube eh bei den meisten Situationen kann man sich vorher einstellen.“ (IV PB02, 145-148)*

Wenn die Betroffenen wissen, weshalb es zu einem Ereignis oder einer Gegebenheit kommt, die bei der auszubildenden Person Ekel hervorruft, bringen sie eher Verständnis auf und können leichter auf die Bedürfnisse der erkrankten Personen eingehen. Dann steht nicht mehr der Ekel im Vordergrund, sondern der Mensch, der Unterstützung benötigt. So kann verhindert werden, dass die Beziehung zwischen Auszubildenden und Patient:innen belastet wird. Neben der Vorbereitung auf die Situation und dem Erstellen eines „Schlachtplans“ ist es für die Auszubildenden auch gut zu wissen, dass Ekel okay ist und wie beim Auftreten von körperlichen Beschwerden vorgegangen werden soll.

*„Also was mir extrem geholfen hat, ist, dass mir Praxisanleiter vor meinem ersten VAC-Wechsel in der mobilen Pflege gesagt hat, das stinkt, das weiß ich. Du kannst jederzeit rausgehen. Du kannst jederzeit weggehen. Aber bitte nicht vor dem Patienten erbrechen (lachend). Das klingt jetzt lustig, ich fand es zu dem Zeitpunkt auch ein bisschen lustig. Aber es hilft, wenn man sich auf die Situation vorbereitet und es würde wahrscheinlich helfen, wenn einen die Praxisanleiter sagen, du darfst es ekelig finden. Das ist nicht schlimm. Du bist deswegen keine schlechte Pflegekraft und du darfst weggehen.“ (IV PB04, Pos. 159-166)*

Findet vor der geplanten Pflegemaßnahme eine Vereinbarung zwischen Auszubildenden und Praxisanleiter:innen hinsichtlich des Vorgehens bei einer „was wäre wenn“-Situation statt, fühlen sie sich gut vorbereitet und gehen mit einem anderen Gefühl in die Situation. Es hilft, zu wissen, dass es okay ist, den Raum zu verlassen, falls die Situation für die Studierenden zu prekär wird. Zudem zeigt sich, je mehr Auszubildende über die Patient:innen erfahren, desto besser können sie die Situation einschätzen und reagieren.

*„Schon im Vorhinein was kann sein. Was kann alles passieren und da, wenn du mehr mit Wissen hineingehst. Also mir persönlich geht es so. Je mehr Wissen über eine Sache habe, desto mehr liegt mir das, kann ich nicht sagen, aber desto leichter fällt mir das. Und wenn du dich mit einer Sache gut auskennst, wenn du schon weißt, okay, das ist deswegen, da muss ich jetzt*

*das machen. Am besten hole ich gleich einen Arzt oder sonst irgendwas. Dann bist du schon viel gewappneter in so einer Situation.“ (PB06, Pos. 493-499)*

Können sich Studierende auf die bevorstehende Situation vorbereiten und erhalten sie Wissen über Erkrankungen und deren Erscheinungsbild sowie über mögliche Ekel-Trigger und Fluchtpläne, hilft das, um in schwierigen Situationen professionell zu sein und seine eigenen Grenzen zu benennen und zu akzeptieren. Der Ausgleich von Nähe und Distanz bei der Betreuung pflegebedürftiger Menschen gehört zum professionellen Auftreten einer Pflegeperson dazu. Im weiteren Schritt wird darauf eingegangen, inwiefern sich Studierende selbst schützen können, wenn sie sich vom Geschehen emotional abgrenzen oder eine räumliche Distanz herstellen.

### ***Selbstschutzmaßnahmen treffen***

In vielen Situationen bei klassischem Ekel führt der direkte Kontakt mit Substanzen zu einem erhöhten Ekelaufkommen. Die Studierenden haben sich dabei unterschiedliche Methoden zu Nutze gemacht. In der Praxis tragen Auszubildende zumeist eine von der Institution gestellte Arbeitskleidung, die auch dort gereinigt wird. Zur weiteren Ausrüstung zählt das Tragen von Handschuhen und während der COVID-19-Pandemie auch das Verwenden von FFP2-Masken. Die Arbeitskleidung bietet den Studierenden Schutz und trägt damit als Strategie im Umgang mit Ekel bei.

*„Ja ich weiß nicht, in der Arbeit fängt es schon mal damit an, ich habe mein Arbeitsgewand an, meine Arbeitsschuhe, ich habe Handschuhe an, Maske. Bin halt einfach im Arbeitsmodus. Und da ist mir das einfach egal, ja, weil ich bin eh geschützt quasi, weil wenn ich schmutzig bin, dann ziehe ich mich einfach um. Ich wechsle meine Handschuhe, ich desinfiziere mich und dann geht es gleich weiter“. (IV PB05, Pos. 373-378)*

Sind Studierende mit Ekel in Kontakt getreten und die Kleidung wurde dabei beschmutzt, kann das Wechseln der Kleidung ein Gefühl von Sauberkeit wiederherstellen und der Ekel wird beseitigt. Es gibt ausreichend Ressourcen, um die Hygiene aufrecht zu erhalten. Da oftmals die potenzielle Keimbelastung Ekel hervorruft, kann auch das Verwenden von Desinfektionsmittel zur Strategie werden. Generell wird versucht, nicht mit kontaminierten Gegenständen in Berührung zu kommen. Dabei ist es auch bei der Arbeitskleidung wichtig, dass die Auszubildenden nicht mit der Außenseite, welche möglicherweise kontaminiert ist, in Berührung kommen.

*„Eines habe ich noch gemerkt und zwar wenn mir unter Tags etwas ekeliges passiert ist. ich bin ein Mensch, ich ziehe meine Kleidung normalerweise so aus. Und ich habe so aufgepasst, die letzten 4 Monate, dass die Außenseite von meinem Kasack nicht mein Gesicht berührt (lachend). [...] So einfach, dieses extreme, ja trennen von Arbeit und Freizeit. Dass du sagst, okay du willst nicht einfach, dass dich die Kleidung berührt. Eh verständlich, weil du weißt nie, hast was drauf, oder was ist unabsichtlich draufgekommen.“ (IV PB06, Pos. 340-355)*

Manchmal reicht es jedoch nicht aus, Desinfektionsmittel zu verwenden, um sich und das Kleidungsstück wieder keimfrei zu bekommen. Dann ist es unabkömmlich, anschließend mittels „Tiefenreinigung“ die Kleidung zu säubern.

*„Ja, die Schuhe habe ich auch oft gewaschen. [...] sicher es kommt immer mal vor, dass so was drauftropft (lacht) und ich glaube, das ist jedem mal passiert, dass ihm was drauftropft. Und bei mir war das dann einfach so, egal wie viel, ich bin dann einfach so unter dem Desinfektionsmittelspender (lacht) gestanden und habe dann probiert / und egal wie viel / da habe ich mir literweise Desinfektionsmittel raufgeben können, aber für mich war das dann / die Schuhe waren erst so richtig sauber, wenn ich sie waschen hab können in der Waschmaschine. (..),(...) Hygiene Spüle und Desinfektionsmittel nehmen, bis es leer ist und so.“ (PB06, Pos. 355-364)*

Körperwäsche und das Waschen getragener Kleidung im Anschluss an einen Dienst stellt ein Ritual nach Ekelerlebnissen dar. Insbesondere dann, wenn die Keimbelastung besonders hoch war, ist den Auszubildenden die Körperhygiene wichtig.

*„Da ist es auch immer darauf angekommen, wie, wie extrem war die Ekelsituation, oder wo warst. In welchem Bereich? Weil, wenn ich auf der Covid war, dann war das für mich ein Ding, ich komme heim, ziehe das aus, lege das direkt zur Waschmaschine. Gehe mal duschen, Ganzkörper, heiß, Haare waschen alles dabei. Und dann kommt dann mal alles andere.“ (IV PB06, Pos. 367-372)*

Das Reinigen dient einerseits dazu, den Ekel zu verringern und soll andererseits vermeiden, dass Keime mit nach Hause geschleppt werden.

Für Auszubildende ist es von der potenziellen Keimbelastung abhängig, welche Strategien zum Erhalt der Gesundheit in Frage kommen.

*„Meine Haare waren auch ganz Ding. (5) Zum Beispiel, wenn ich einen Zopf gehabt habe, habe ich mir am Abend meine Haare waschen müssen. Weil der Zopf den ganzen Tag*

*irgendwo herumschlackert und alles und bei einem Knödel war das anders.“ (IV PB06, Pos. 364-367)*

Weiter zeigt sich bei der Arbeitskleidung, dass das Tragen von Handschuhen eine gewisse Barriere zum Ekelereignis liefert. Es kann auch im Umgang mit Personen helfen, vor denen sich Studierende ekeln. Das Tragen von keimarmen Handschuhen, um sich vom ekelerregenden Objekt distanzieren zu können, kann somit in unterschiedlichen Ekel-Situationen herangezogen werden.

*„Aber ich finde, ich weiß nicht, egal was man mit Handschuhe macht, es ist alles gleich weniger ekelhaft. Also Handschuhe sind voll der Geheimtipp“ (IV PB05, Pos. 386-388)*

Selbst, wenn es sich um Ekel-Auslöser handelt, die für gewöhnlich besonders unangenehm für die Betroffenen sind, kann es sein, dass Handschuhe und Schutzkleidung es ermöglichen, besser damit umgehen zu können.

*„[...] mit gerade Erbrochenem habe ich noch nie gekonnt und [...] in der Pflege fällt es mir leichter, gerade weil du Handschuhe anhast und weil du eh mit Schutzmantel deine Schutzmaßnahmen ergreifen kannst, dass du nicht direkt mit dem in Kontakt kommst.“ (IV PB06, Pos. 92-96)*

Auch die Maske, die während der COVID-19-Pandemie zu tragen war, bietet Schutz, da einerseits die Gerüche weniger intensiv wahrgenommen werden und andererseits die Professionalität nicht gefährdet wird, da der Ekel verdeckt wird.

*„Da ist es dann oft ganz angenehm, wenn du die Maske oben hast. Da riechst du wenigstens nicht alles. Und die Leute sehen auch nicht, dass du ziemlich angewidert bist.“ (IV PB05, Pos. 60-62)*

Die Auszubildenden trugen in den Monaten der Tagebuchführung stets FFP2-Masken während ihrer Dienstzeit. Dies hat einen Einfluss auf den Umgang mit Ekel und ist bei manchen Teilnehmenden nicht mehr wegzudenken.

*„Und bei mir ist das halt schon auch so, dass ich mich ein bisschen sehr wohl fühle in der Maske.“ (IVPB06, Pos. 182-183)*

Neben der Arbeitskleidung ist es auch nützlich, sich das notwendige Material anzuschaffen, um sicher zu sein, dass keine kontaminierten Gegenstände mit nach Hause genommen werden. Es wird deutlich, dass Ekel, aufgrund von potenzieller Keimbelastung, besondere Vorkehrungen erfordert.

*„Ich habe auch zum Beispiel / ich habe es mir angewöhnt, ich schreibe nur mit meine eigenen Stifte (lacht). Ich habe den halben Libro in meiner Tasche, aber ich weiß, dass ich diese Stifte nach jedem Dienst desinfiziere und, dass die nur ich angreife und ich weiß was ich angegriffen habe, ich weiß, wie oft ich mir die Hände wasche. Ich weiß, wie oft ich mir die Hände desinfiziere [...]“. (IV PB06, Pos. 390-395)*

Es zeigt sich, dass insbesondere einer der befragten Personen, Hygiene und Sauberkeit besonders wichtig sind. In diesem Fall ist es hilfreich entsprechende Vorkehrungen zu treffen, damit die eigene Gesundheit und das eigene Wohlbefinden sichergestellt sind. Allgemein hilft es, sich nach dem Erlebnis vom ekelerregenden Objekt zu befreien. Dies kann durch Desinfektion, Waschen oder auch durch professionelle Distanz erfolgen.

### ***Distanz schaffen***

In gewissen Situationen, wo Auszubildende sich ekeln, reichen Selbstschutzmaßnahmen nicht aus. Wenn keine angemessenen Strategien anwendbar sind, um in der Situation bleiben zu können, ist es erforderlich, sich vom Geschehen zu distanzieren. Die Studierenden ziehen sich dann zurück, um dem intensiven Ekelgefühl entfliehen zu können.

*„Und wenn es wirklich ganz arg war, da hat man dann wirklich gesagt, okay ich brauche jetzt ein Timeout oder zum Beispiel, vor allem bei dem ekelhaften Geruch, wenn man es gar nicht ausgehalten hat, da haben wir echt gesagt, ich muss rausgehen, es geht einfach nicht.“ (IV PB01, Pos. 202-204)*

Es wurde auch im Vorhinein die Entscheidung getroffen, ob eine Konfrontation mit der Ekel-Situation erforderlich ist. Der Kontakt zu Patient:innen wurde reduziert, um sich selbst vor Ekel und Keimen zu schützen.

*„Wir haben zum Beispiel ein Entlassungspflegekind (?) gehabt, das hat einen multiresistenten Keim gehabt und das war für mich so absolut so, okay, in das Zimmer musst du nicht*

*unbedingt rein, wenn du / also in das Zimmer gehst du nicht unbedingt rein, wenn du nicht unbedingt hineingehen musst.“ (IV PB06, Pos. 126-130)*

Das Risiko, sich einer Krankheit auszusetzen, stellt ein zu hohes Risiko dar, als sich selbst zu gefährden. Ekel geht hierbei mit der Angst bzw. Respekt vor Keimen und Infektionen einher. Manche der Teilnehmenden wendeten dann eine andere Strategie an, um mit Ekel umgehen zu können. Sie versuchten nicht, die Situation zu vermeiden, sondern verrichteten die Arbeit schneller, sofern dies möglich war und entwichen somit dem verstärkten Ekelgefühl.

*„Also manche Arbeiten die kann man eh nicht husch, also ganz schnell erledigen. Eben so Verbandwechsel, das dauert einfach bis auch das Desinfektionsmittel eingewirkt ist und bis auch die Nass- und auch Trockenphase und das geht eh nicht schnell. Aber andere Arbeiten wie so Katheter ausleeren, da kannst schon ein bisschen zügiger arbeiten und das dann auch schnell entsorgen, dass du nicht zu lange mit dem Geruch belästigt bist. Genau. Aber sicher es dauert so lange wie es dauert. Und nur weil ich mich ekel, muss ich da jetzt nicht herum-pfuschen, nur dass es schneller geht. Also da ist dann schon der Patient der wichtigste quasi.“ (IV PB05, Pos. 183-191)*

Wichtig ist dabei zu vermerken, dass stets das Wohl der Patient:innen im Vordergrund steht. Ein anderer Zugang, um sich nur kurz mit dem Ekel auseinandersetzen zu müssen, ist es, den ursprünglichen Zustand schnell wiederherzustellen. Auch sich vor Augen zu führen, dass anschließend angenehmere Tätigkeiten auf einen warten, hilft dabei, die Arbeit trotz Ekel zu verrichten.

*„Ich denke mir dann einfach, es dauert nicht lange und dann ist die Situation eh schon wieder vorbei und dann darf ich irgendwas machen, das ich nicht so ekelhaft finde (lacht).“ (IV PB05, Pos. 225-227)*

Wenn es sich jedoch um pflegerische Aufgaben handelt, womit Auszubildende nur ganz schwer zurechtkommen, erhalten sie die Möglichkeit von Seiten des pflegerischen Teams sich abzuwechseln oder die Arbeitsaufteilung anders zu gestalten.

*„Aber es gibt sicher einfach Sachen, die irgendjemand ekelig findet, die man auch nicht machen muss. Man kann sich da auch im Team absprechen. Aber allgemein sollte man schon bisschen was aus können. (IV PB04, Pos. 201-204)*

Erkennen Studierende für sich, dass manche Bereiche gar nichts für sie sind, sollte dies nicht die Berufswahl in Frage stellen, sondern es sollte überlegt werden, in welchem Setting sie weniger damit konfrontiert werden. Diese Station sollte dann für das späteren Berufsleben angestrebt werden. Bis dahin können unterschiedliche Strategien dabei helfen, damit umzugehen.

*„Aber ich glaube auch nicht, dass Ekel irgendwie einen davon abhalten soll den Beruf zu machen, weil weiß ich nicht, wenn man das eine ekelhaft findet, geht man einfach irgendwohin wo es das nicht gibt und / also ich glaube, dass da für jeden irgendwo eine passende Stelle geben wird, ganz egal wer was ekelhaft findet.“ (IV PB05, Pos. 363-367)*

Es zeigt sich, dass, wenn Ekelsituationen nicht vermeidbar sind, es die Möglichkeit gibt, Tätigkeiten zu delegieren. Dabei wird beschrieben, dass einerseits Studierende selbst Aufgaben von bereits ausgebildetem Personal übernehmen, aber auch Studierende bei unangenehmen Tätigkeiten Unterstützung erhalten.

*„Aber ja, wie gesagt, es ist auch okay, wenn man mit gewissen Sachen nicht umgehen kann, weil auch wie ich da auf der Chirurgie war, war eine Kollegin, die gesagt hat, sie kann nicht mit Madentherapie umgehen. Da (lacht) hat sie mich gebeten, dass ich das halte und das ist auch okay, weil man kann immer einen Kollegen glaube ich fragen, wenn du mit dem klar kommst, kannst du das machen.“ (IV PB02, Pos. 77-81)*

*„Und eben zum Beispiel auch bei diesen Zehen / Maden-Zehen da habe ich dann / da war ich dann einfach nicht so nahe bei der Wunde sondern wer anderer hat das gemacht und ich habe mich einfach so um das Wohlbefinden der Patientin gekümmert. Ich glaube das ist dann auch so eine gute Zwischenlösung gewesen.“ (IV PB05, Pos. 195-198)*

Auszubildende sehen beim Pflgeteam, dass Aufgaben delegiert werden können. Dies sorgt für Hoffnung, dass auch sie im späteren Berufsleben die Möglichkeit erhalten, die Arbeit untereinander nach persönlichen Vorlieben und Abneigungen aufzuteilen. Es wird beschrieben, dass es immer unangenehme, aber auch schöne Momente in der Pflege geben wird. Ekel gehört zur Pflege dazu und so auch die Erlebnisse, die beschrieben wurden. Verschiedene Strategien können dabei helfen, den Ekel zu reduzieren. Dabei ist darauf zu achten, dass die Pflegebeziehung und der Betreuungsprozess nicht darunter leiden. Im Allgemeinen ist es wichtig, das Thema Ekel aufzugreifen. Den Ekel anzusprechen und das Erlebte zu reflektieren stellen wesentliche Säulen im Umgang mit Ekel dar, um langfristig mit dem Gefühl zurecht zu kommen. Wie Studierende Ekel thematisieren und welcher Nutzen dahintersteckt, wird im anschließenden Kapitel näher erläutert.

### ***Darüber reden***

Auszubildenden ist es wichtig, Menschen dafür zu sensibilisieren, dass Ekel normal ist und in der Pflege sein darf. Bisher wird das Gefühl in der Praxis eher verborgen oder verdrängt. Die Studienteilnahme verdeutlicht nochmals, welchen Nutzen es für Auszubildende hat, wenn das Tabu gebrochen und Ekel angesprochen wird.

*„Und dass man da eigentlich so, dadurch [...] dass das Thema so stillgeschwiegen wird, dass du da mal draufkommst, was bereitet überhaupt Ekel. Was sind das für Situationen.“ (IV PB06, Pos. 560-564)*

Die Studierenden haben im Zuge der Studienteilnahme erfahren, wie wichtig es ist, die Situationen zu reflektieren und den Ekel anzusprechen. Zuvor war Ekel eher ein unbewusstes Empfinden, doch durch die Studienteilnahme rückte dieser weiter in den Vordergrund. Es erfolgte erstmals eine Auseinandersetzung mit den individuellen Auslösern. Die gemeinsame Reflexion von Ekel-Erlebnissen hilft, zu verstehen, dass auch andere Personen aus der Pflege Ekel empfinden und Auszubildende nicht alleine mit dem Gefühl sind.

*„Während der Teilnahme ist mir dann halt aufgefallen, wie die anderen auf solche Sachen reagieren. Die mir vorher wirklich nicht bewusst war und dann ist mir eigentlich klar geworden, dass die sich eigentlich auch ekeln. Und eigentlich auch so eine Fassade aufgezogen haben und das auch nicht jeden dann durchblicken lassen. Das war dann schon irgendwie so Erleichterung, wenn man das mitgekriegt hat. Weil dann hat man das, man ist nicht alleine mit der Situation und man hat sich dann auch austauschen können.“ (PB01, Pos. 42-47)*

Je besser die Beziehung zu Kolleg:innen aus der Praxis ist, desto leichter fällt der Austausch über das Thema. Die Studierenden erfahren eher Zuspruch, wenn sie ein gutes Verhältnis zu ihrem Gegenüber haben. Es wird angesprochen, dass das Arbeitsklima einen Einfluss auf das Angebot an Reflexionsmöglichkeiten hat. Befinden sich Studierende auf einer Station mit familiärem Klima, besteht bereits unter den Kolleg:innen ein guter Austausch, woran die Studierenden anknüpfen können.

*„Ich habe mir dann angewöhnt, den Kollegen, zu denen ich einen besseren Draht gehabt habe oder wo ich einen besseren Beziehung gehabt habe, zu fragen, ja was war das Ekelhafteste, was du jetzt erlebt hast in deinem Berufsleben oder als Schüler oder wo oder wie auch immer. Und da waren auch irgendwie so die Antworten recht unterschiedlich, aber dann haben sich die ganzen Ansichten eh mit meinen so fast überdeckt. Und das war dann auch*

*wieder so, okay bestätigend. So, ja gut, die anderen empfinden das gleiche wie ich, bei den ganzen grauslichen Erlebnissen. Oder Ekeldingen, die man dann so sieht. Und man ist halt auch nicht alleine. Und das war dann schon das Schöne an dem ganzen auch. Da hat man dann auch wieder gemerkt, okay man lernt wieder davon. Auch, wenn ich mir das nicht gedacht habe, okay da kannst du nicht mehr viel lernen, aber da hat man dann schon wieder ein Stückchen Selbstreflexion dazu gelernt, sage ich einmal.“ (IV PB01, Pos. 67-77)*

Der Austausch und das gemeinsame Reflektieren von Erlebnissen hilft, um in zukünftigen Situationen besser mit Ekel umgehen zu können. Dabei braucht es einen gewissen Anstoß, damit auch andere offen über das Thema sprechen.

*„Weil in der Pflege ist mir aufgefallen, es wird viel zu wenig darüber geredet. Und wenn du dann die Konversation eröffnest und auf die anderen zugehst, Kollegen, Patienten, oder eben Angehörigen, dann kommt viel zurück und dann bist du einfach nicht alleine.“ (IV PB01, Pos. 282-285)*

Die Studierenden würden sich von Grund auf wünschen, dass nach belastenden Situationen mit ihnen das Gespräch gesucht wird, um das Erlebte besser verarbeiten und daraus lernen zu können. Da dies nicht immer angeboten wird, suchen die Befragten Halt bei ihren Angehörigen oder auch Studienkolleg:innen.

*„[...] viel mit jemand anderem darüber reden. Sei es die Mama, sei es der beste Freund, der Partner. Weiß ich nicht mit wem man da jetzt (lacht) Ding, aber mit der Oma, weiß ich nicht mit wem. Aber dass man darüber redet. Dem Ekel, sage ich mal, einen Raum geben, wo er / für mich ist das so, ich habe mir das irgendwann mal so aufgefasst, so, du hast Gedanken und diese Gedanken kommen. Wenn du diese Gedanken wegschickst, dann kommen die Gedanken immer wieder. Aber, wenn du den Gedanken, sage ich mal, leben lässt, dann gehen lässt, dann ist er weg. Dann kommt er vielleicht irgendwann wieder einmal, aber er belästigt nicht so die ganze Zeit. Und das ist halt irgendwie so mein Ding. Ich finde, mir geht es persönlich so, wenn ich darüber rede und wenn ich dann, vor allem eine andere Meinung dazu kriege, oder eine andere Perspektive, ‚ah mir ist das auch letztens passiert‘ [...] Muss nur irgendwie Unterstützung oder stärkende Worte oder du bist nicht alleine zumindest. Du bist nicht die einzige, die so fühlt. Das hilft mir sehr gut eigentlich.“ (IV PB06, Pos. 430-444)*

Eine Anlaufstelle für seine Gefühle zu haben, das Erlebte mit anderen teilen können und positives Feedback zu erhalten, stärkt die Studierenden. Dabei ist es wichtig, dass vulnerable Personen geschützt werden. Der Austausch sollte demnach außerhalb des Zimmers und am besten

in einem separaten, geschlossenen Raum stattfinden. Dies schafft einen Raum, wo die Beteiligten ihren Gefühlen freien Lauf lassen können, ohne Sorge zu tragen, jemand dabei zu verletzen.

*„Und ich finde das wichtigste ist, dass man es dem Gegenüber einfach überspielen kann, dass es gar nicht merkt. [...] Und wenn man dann aus der Situation heraus ist, kann man immer noch zum Kollegen gehen und sagen puh, das war jetzt ziemlich ekelhaft für mich.“ (IV PB05, Pos. 287-292)*

*„Und bespreche es nie irgendwo am Gang. Am Stützpunkt, wo es jeder hören könnte. Vor allem, wo es der Mensch hören könnte, den es betrifft. Oft betrifft es gar nicht den Menschen selber, sondern einfach seine Erzeugnisse. Aber (...) im Grunde genommen kann der nichts dafür, dass du dich ekelst.“ (IV PB06, Pos. 503-506)*

Je mehr sich Personen über Ekel austauschen, desto normaler wird dieses Gefühl auch im pflegerischen Alltag. Es ist wichtig, über Ekel zu sprechen, damit auch Auszubildende sich trauen, diesen anzusprechen. Solange Ekel ein Tabu-Thema in der Pflege bleibt, wird der Umgang mit belastenden Ekel-Erlebnissen erschwert.

*„Und je mehr dieses Thema halt enttabuisiert wird, sagen wir mal so dazu, desto normaler wird das dann auch. Und desto normaler ist dann auch die Reaktion, dass man sagt, okay puh mir graust jetzt davor oder das ist jetzt wirklich grenzwertig, da muss ich rausgehen. Und wenn man das dann so ins Team integriert, werden dann die anderen auch mehr so sensibilisiert darauf und dann ist mir schon aufgefallen, dann ist der Umgang mit den Studenten, mit den Schülern, dann auch ein bisschen sanfter (lacht) ist, als wie jetzt, wenn immer nur gesagt wird, ja das ist jetzt so, das ist halt so. Das interessiert keinen. Das ist halt ja. Das ist mir aufgefallen. Also das ist einmal eine Strategie.“ (IV PB01, Pos. 285-295)*

Derzeit zeigen sich noch Unterschiede beim Austausch mit Kolleg:innen aus der Praxis. Manche Pflegepersonen, die bereits viel Erfahrung haben und einiges gewöhnt sind, haben weniger Verständnis für das Ekelaufkommen der Studierenden. Es wird angedeutet, dass dies beim jüngeren Pflegepersonal weniger der Fall ist, da diese das Gefühl noch eher nachempfinden können. Oftmals werden Auszubildende mit Situationen das erste Mal konfrontiert, wo sie noch nicht wissen, was auf sie zukommt. Mit der Zeit wächst aber auch der Erfahrungsschatz der Studierenden und durch Gewöhnung kann sich auch bei den Auszubildenden, im Laufe der Ausbildung, die Toleranzgrenze verschieben.

### ***Sich daran gewöhnen***

Sich an Situationen und Gegebenheiten zu gewöhnen stellt keinen aktiven Prozess dar, doch ermöglicht es über Jahre hinweg besser mit prekären Situationen umzugehen. Selbst im Rahmen der Ausbildung zeigt sich eine veränderte Wahrnehmung von Ekel. Die Befragten berichten, dass sie zu Beginn des Studiums eine andere Einstellung zu Ekel in der Pflege hatten als jetzt. Auch im Zuge der Praktika konnten sie bereits einige Erfahrungen sammeln, die es ermöglichen, bei ähnlichen Situationen keinen Ekel mehr zu empfinden. Anfangs war Stuhl im Allgemeinen noch ein großes Thema und das Durchbrechen der Intimsphäre im Rahmen der Körperpflege. Im vierten Semester jedoch sind es nun eher spezielle und neue Situationen, die Ekel hervorrufen.

*„Es wird besser. Am Anfang ist natürlich jede Situation komplett neu. Da hat man ja auch noch so Reservationen mit Körperkontakt oder Intimpflege, vor allem beim anderen Geschlecht. Zumindest war es bei mir so und bei meinen Mitstudierenden. Ich weiß nicht, ob es bei jedem so ist (lachend), aber beim Großteil denke ich schon. Und es ist finde ich wirklich Gewohnheit. Es ist wirklich Gewohnheit. Also bei der ersten nekrotisierenden Wunde dachte ich auch so, oh Gott. Und dann bei der dritte, ah okay. Wissen wir schon. Wissen wir schon was kommt.“ (IV PB03, Pos. 148-155)*

*„Ja, also meine Sorge war am Anfang / generell am Anfang, also wie ich in die Schule gekommen bin, dass Ekel ein Thema sein wird. Weil halt Krankenpflege viel mit, ja, Stuhl war / ein erster Gedanke war auf jeden Fall Stuhl. Und ja, ob ich das überhaupt schaffe, wenn ich das, weil sicher ja in der Theorie und Praxis ist das ganz anders. Aber ja, alleine gehe ich mal zurück ins erste Praktikum / sicher ist das ein komisches Gefühl. Du hast jetzt den Stuhl von jemand anderem / also wegmachen sage ich jetzt mal. Aber ja, das ist für mich alles so Gewöhnungssache, umso öfter ich damit zu tun habe, [...]“ (IV PB02, Pos. 8-14)*

Es ist ein Prozess, der es einen ermöglicht, Unangenehmes zu verdrängen und den Fokus auf das Wesentliche zu lenken. Nach mehrmaligem Kontakt mit selbigen Situationen, tritt der Gewöhnungseffekt ein und der Ekel wird plötzlich ausgeblendet.

*„Ich habe es eigentlich durch die Studienteilnahme bewusster wahrgenommen. Beziehungsweise wahrgenommen, wie ich einfach gemerkt habe, wie viel Ekel /also /mit wie viel Ekel man tagtäglich kontaktiert ist und wie viel man eigentlich nicht mehr aushält. Und eigentlich wirklich schon gewohnt ist und eigentlich ausblendet.“ (IV PB01, Pos. 8-11)*

Das Führen des Tagebuchs hat Ekel wieder ins Bewusstsein gerufen und den Studierenden vor Augen geführt, woran sie sich bereits im Zuge der Ausbildung gewöhnt haben und was zuvor noch sehr belastend für sie war.

*„Also mir hat das recht gut geholfen, dieses Ekeltagebuch zu führen. Weil dann hat man wirklich mal so rausgefiltert, okay was war jetzt wirklich ekelhaft für mich. Was habe ich wirklich mit Ekel verbunden und was eher nicht. Und dann hat man sich eigentlich wieder bewusst vor Augen geführt, was ist jetzt eigentlich ekelhaft und was habe ich mir einfach angewöhnt, es als nicht ekelhaft zu betrachten, obwohl es für mich das einmal war.“ (PB01, Pos. 56-60)*

*„Man hat halt schon so ein bisschen gefiltert, sage ich mal so. Also wirklich so eher die neuen Ekelereignisse aufgeschrieben, als zum Beispiel Dinge, die man schon gewohnt ist, oder Dinge, die man tagtäglich sieht oder ja. Wie gesagt, einfach schon kennt. Also man hat da wirklich überlegt, okay ja das war mal ekelhaft, aber jetzt nicht mehr oder ja, ist halt normal geworden. (IV PB01, Pos. 342-346)*

Die Gewöhnung an unangenehme Situationen ist wie ein Selbstschutz, der belastende Erlebnisse versucht zu verdrängen, damit betroffene Personen weiterhin handlungsfähig bleiben.

*„Man hat halt nur / also ich habe mitgekriegt, dass ich viel vergessen hab. Oder verdrängt, ich weiß nicht. Kann vielleicht ein Selbstschutzreflex gewesen sein. Oder einfach dann, dass du gesagt hast, okay, das bist du jetzt gewohnt worden. Das ist jetzt nicht so mehr das Thema.“ (IV PB01, Pos. 323-326)*

Es ist wichtig, dass Studierende erkennen, dass die Gewöhnung ein Prozess ist, der sich über längere Zeit entwickelt. Es braucht mehrmaligen Kontakt und Reflexionen, um in zukünftigen, ähnlichen Situationen besser mit Ekel umgehen zu können. Es soll nicht die Hoffnung gemildert werden, nur weil bereits ausgebildetes Pflegepersonal keine Belastung mehr in Situationen sieht, in denen als Auszubildende noch mit sich kämpfen. Bis der Gewöhnungseffekt eintritt, können andere Methoden im Umgang damit helfen. Bis dahin sollten Studierende aufgrund des Ekels nicht an ihrer eigenen Kompetenz und Berufswahl zweifeln.

*„Und man überlegt und reflektiert, soll man das jetzt wirklich weitermachen den Beruf. Oder was mir aufgefallen ist, man wertet sich dann selber eher ab und sagt, ja gut die anderen zucken nicht einmal irgendwie mit einem Augenlid und du hast dann damit zu kämpfen. Man muss sich einfach wirklich vor Augen führen, dass Pflegepersonen dann oft jahrelang damit betraut sind und halt eben mit dem konfrontiert sind und da baut man halt so eine gewisse*

*Hemmschwelle auf. Also Toleranzgrenze, sagen wir mal so. Und man wird alles gewohnt. Trotzdem gibt es einfach Dinge, die einfach eine Grenze darstellen.“ (IV PB01, Pos. 255-262)*

Auch die Toleranzgrenze von Pflegestudierenden und Personen außerhalb des Gesundheitswesens weicht voneinander ab. Personen außerhalb des Gesundheitswesens empfinden viele Tätigkeitsbereiche des Pflegeberufes als ekelhaft. Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege haben dahingehend bereits einen anderen Zugang. Vieles wird durch Gewöhnung und den Alltag schon normalisiert.

*„Und sonst für Leute, die nicht in der Pflege sind, ist ur vieles ekelhaft. Also ich höre das nur so im Familienumfeld, alleine wenn die dann doch daran denken, dass wir andere waschen müssen, das wäre schon ekelhaft für sie. Aber das ist bei uns ja daily business, also ganz normal.“ (IV PB05, Pos. 341-345)*

Die Studierenden sind der Meinung, dass durch immer wiederkehrenden Kontakt mit den Erlebnissen, der Ekel weniger stark wahrgenommen wird. Der Gewöhnungseffekt hilft den Ekel einzudämmen und den Fokus auf andere Tätigkeiten zu lenken. Je öfter der Kontakt mit der Ekel-Situation erfolgt, desto mehr reduziert sich das Ekelaufkommen. Ist der Gewöhnungseffekt jedoch noch nicht eingeleitet und der Ekel nach wie vor belastend, ist es notwendig, andere Strategien anzuwenden, da manche Aufgaben zur Pflege dazu gehören und nicht vermeidbar sind.

*„Und ich glaube, dass man sich an vieles einfach gewöhnt. Weil umso öfter du es auch siehst, umso weniger schlimm ist es, weil sicher wenn du noch nie mit sowas in Kontakt warst und dann bist du zum Beispiel im Pflegeheim und hast gleich eine ganze / einen ganzen Wohnbereich mit 20 Leuten, die du alle pflegen musst und aufs Klo begleiten und dann bist du mit sowas ständig im Kontakt. Dann musst du dich irgendwas an das gewöhnen. Weil, sicher gibt es Bereiche, wo man dann weniger sowas hat. Aber vor allem Ausscheidungen zum Beispiel, was die meisten ekelhaft finden, das hast du eigentlich überall. Und deswegen ist glaube ich wichtig, dass man für sich selbst einen Weg findet, mit dem man / also wie man damit umgehen kann.“ (IV PB05, Pos. 265-274)*

#### 4.2.5. Reflexion durch Ekel-Tagebuch

Im Zuge der Interviews wurde immer wieder auf die Notwendigkeit der Reflexion eingegangen. Es ist wichtig, Ekel zu thematisieren und sich darüber auszutauschen. Manchen Personen fällt es jedoch leichter, Situationen schriftlich festzuhalten und diese für sich zu reflektieren.

*„Und auch wenn es ist, nur am Abend auf ein Blatt Papier verfasst. Dieses einfach, du erzählst es quasi wem, das hilft zum Beispiel mir immens, dass ich einfach weniger das Bedürfnis habe, dass ich da mit jemand anderem rede.“ (IV PB06, Pos. 244-246)*

Das Niederschreiben des Erlebten unterstützt Studierende dabei, ihre individuellen Ekel-Auslöser zu identifizieren und anschließend entsprechende Strategien für einen besseren Umgang für sich zu überlegen.

*„Und jetzt nachdem man sich halt wirklich damit auseinandergesetzt hat, weißt okay, das und das ist zum Beispiel ein Bereich, der mich ekelt oder grenzwertig ist.“ (IV PB01, Pos. 314-316)*

*„Mir ist auch aufgefallen eben, ahm durch dieses eigentlich fast tägliche Tagebuch führen, dass man sich auf die Situationen dann eben schon viel, viel besser, sage ich mal, vorbereiten kann. Dass man die Situationen, in denen man Ekel verspürt, schon abschätzen kann. Bei mir ist es eben ganz arg. Ich bin ein sehr geruchssensibler Mensch. Und wenn ich gewusst habe, okay da erwartet mich jetzt etwas, das riecht, das riecht ekelig, dann habe ich mich schon bisschen darauf vorbereiten können. Und auch, dass man erkennt, von was ekelt man / mit was kann man gut umgehen.“ (PB06, Pos. 193-200)*

Die Auszubildenden lernen sich selbst besser kennen und können damit, individuell auf sie abgestimmt, Umgangsstrategien entwickeln. Sie fühlen sich besser auf zukünftige Situationen vorbereitet und für nächste Ekel-Erlebnisse gerüstet. Sie können ihr Verhalten kritisch hinterfragen und etwaige Änderungen an ihrem Verhalten vornehmen.

*„Nachdem ich die analysiert habe, kann ich glaube ich alle mit besserem / also wenn das wieder vorkommt, kann ich mich glaube ich immer besser verhalten. Also ich weiß jetzt glaube ich in jeder Situation, die ich geschildert habe, wie ich mich besser verhalten könnte. Und ich glaube das war auch gut so, weil ich habe das Verhalten hinterfragt und kann reagieren, wenn das wieder der Fall sein sollte. Und ich glaube, das ist auch das Wichtigste. Dass man sich aus jeder Erfahrung was man macht jetzt, was weiter mitnimmt.“ (IV PB02, Pos. 130-136)*

## 5. Diskussion

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse aus den Ekel-Tagebüchern und Interviews unter Einbindung bestehender Erkenntnisse diskutiert. Die Synthese der Ergebnisse wird anhand der nachfolgenden Abbildung visuell dargestellt (Abbildung 4). In einem ersten Schritt werden Auslöser und die beschriebenen Erscheinungsformen von Ekel in bestehendes Wissen eingebettet. Anschließend werden die Wahrnehmung der Teilnehmenden sowie Einflussfaktoren auf Wahrnehmung und Handlungsfähigkeit der Betroffenen mit den beschriebenen theoretischen Modellen und Untersuchungen zu Ekel in der Pflege in Beziehung gesetzt. Im nächsten Schritt werden die identifizierten Strategien der Auszubildenden im Umgang mit Ekel mit den in der Literatur beschriebenen Umgangsformen diskutiert. Zuletzt folgt die Darstellung und Synthese der Haltung der Studierenden im Umgang mit Ekel, die übergeordnet Einfluss auf die Erlebnisse, Wahrnehmung, Strategien, Ekelformen und Einflussfaktoren hat. Die Haltung bildet demnach die Basis für das Erleben und Verhalten der Studierenden bei Ekel im Rahmen der praktischen Ausbildung.

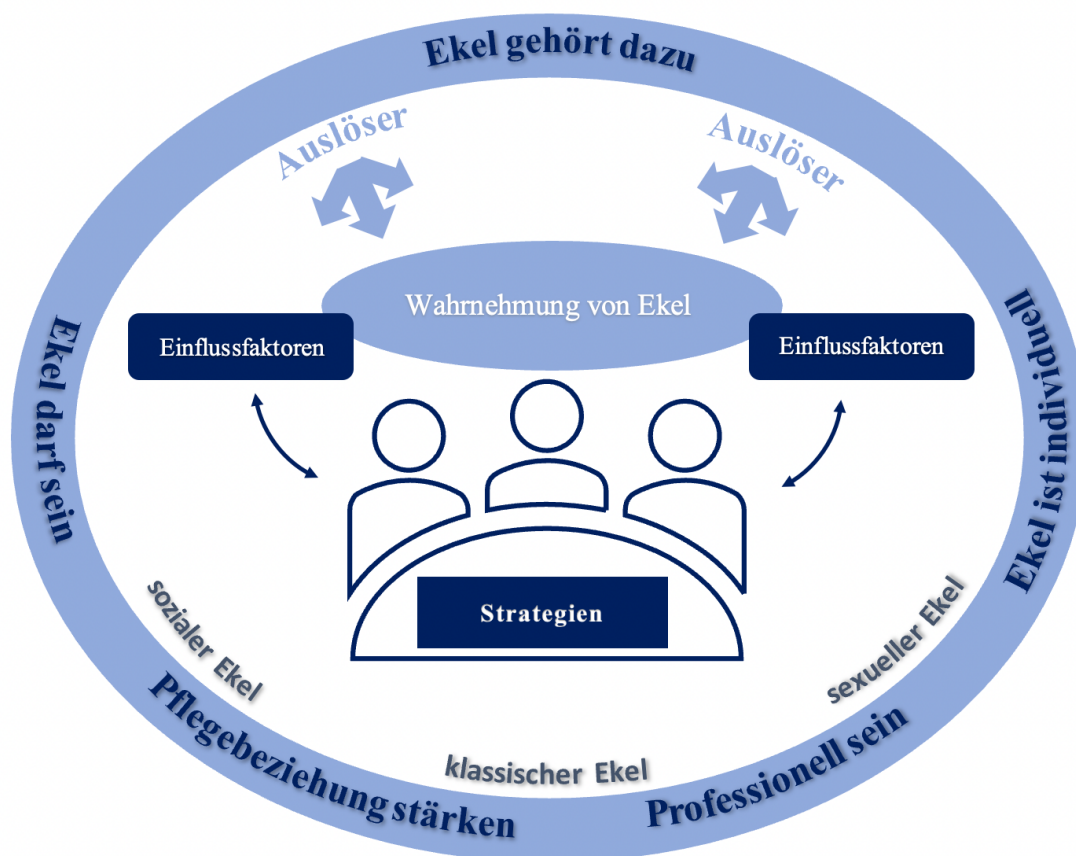


Abbildung 4 Modell Ekel bei Auszubildenden in der Pflege

### 5.1. Auslöser und Erscheinungsformen von Ekel

Die Heterogenität des Ekels mit seinen verschiedenen Erscheinungsformen, wie auch Krey (2004), Rozin et al. (2008), Chapman und Anderson (2012), Tybur et al. (2013) und Özkan et al. (2019) beschreiben, wird anhand der vorliegenden empirischen Arbeit nochmals verdeutlicht. Krey (2004) beschreibt Ekel sensorischer Herkunft und moralisch bedingten Ekel. Sensorischer Ekel umfasst dabei Auslöser wie unansehnliche Wunden oder Ausscheidungen. Moralischer Ekel bezieht sich hingegen auf Personen, die aufgrund ihres Verhaltens ekelerregend wirken können. Rozin et al. (2008) nennen den „core disgust“ gegenüber Körperprodukten und den „interpersonal disgust“ gegenüber fremden Personen. Ausgelöst wird Ekel bei beiden Formen, um vor Krankheiten zu schützen. Tybur et al. (2013) bezeichnen den Ekel gegenüber Ausscheidungen und fehlender Hygiene als pathogenen Ekel. Diese Form des Ekels wird ebenso zur Vermeidung von Krankheit ausgelöst und fungiert demnach als Schutzmechanismus. Auch Chapman und Anderson (2012) beschreiben, dass Ekel nicht nur gegenüber Substanzen, sondern auch gegenüber kranken Personen und unzureichender Hygiene auftreten kann. Özkan et al. (2019) nennen ebenso Ausscheidungen wie Stuhl, Urin und Erbrochenes sowie übelriechende Wunden als Ekelauslöser bei Pflegeauszubildenden.

Die Teilnehmerinnen der vorliegenden Studie beschreiben einerseits den klassischen Ekel, den sozialen sowie den sexuellen Ekel. Der klassische Ekel tritt den Studierenden zufolge bei Kontakt mit Ausscheidungen, im Rahmen der Körperpflege und bei der Versorgung von Wunden sowie bei unzureichender Hygiene, ausgelöst durch Verschmutzung und Unordnung, auf. Ausgelöst wird klassischer Ekel durch Gerüche, Erscheinungen, haptische Empfindungen und Geräusche. Im Rahmen dieser empirischen Untersuchung wurde jedoch deutlich, dass Ausscheidungen bei den befragten Auszubildenden im vierten Semester meist dann Ekel hervorrufen, wenn diese außergewöhnlich oder unerwartet auftreten, wenn zuvor keine vergleichbare Situation erlebt wurde. Es handelt sich um Unnatürliches, auch als Abweichung von der Norm beschrieben, das Ekel bei Auszubildenden auslöst. Zudem differenzieren die Studierenden, im Unterschied zu Rozin et al. (2008), nicht zwischen klassischem und interpersonellen Ekel. Dies kann darauf zurückgeführt werden, da Auszubildende bei Ekel im pflegerischen Kontext immer in Interaktion mit fremden Personen stehen und in diesem Setting stets ein erhöhtes Krankheitsaufkommen und Infektionsrisiko besteht. Die Beschreibungen der Studierenden gleichen somit eher dem pathogenen Ekel von Tybur et al. (2013).

Bei sozialem Ekel gegenüber gesundheitsgefährdenden Lebensumständen oder sexuellem Ekel gegenüber übergriffigem Verhalten steht nicht die Keimbelastung im Vordergrund, sondern die Person. Ekel auf kognitiver Ebene besteht demnach gegenüber dem Menschen, vor dem sich die betroffene Person ekelt. Hadjittofi et al. (2021) differenzieren nicht zwischen klassischem, sozialen und sexuellen Ekel, sondern zwischen physischem und moralischem Ekel. Beides löst eine ähnliche Reaktion bei den Studierenden aus, ist jedoch unterschiedlichen Ursachen zuzuschreiben. Der physische Ekel wird ausgelöst durch Pathogene, ähnlich wie Tybur et al. (2013) dies beschreiben oder wie beim klassischen Ekel erläutert wurde. Der moralische Ekel hingegen entsteht durch moralisch verwerfliches Verhalten von Patient:innen oder professionell Pflegenden. Dies gleicht den beschriebenen Situationen der Studierenden beim sozialen Ekel, in denen Patient:innen mutmaßlich Entscheidungen treffen, die einen negativen Einfluss auf ihren Genesungsprozess haben, oder Personen aus dem Gesundheitswesen sich unangemessen gegenüber Patient:innen verhalten. Im Gegensatz zum klassischen Ekel handelt es sich hierbei um Situationen, die sich durch eine Verhaltensanpassung vermeiden ließen.

Im Gegensatz zu bestehenden Untersuchungen zu Ekel bei Pflegeauszubildenden wurde im Rahmen dieser Studie der sexuelle Ekel von den Teilnehmenden explizit angeführt. In den Tagebucheinträgen wird dieser anhand von grenzüberschreitenden Erlebnissen beschrieben und später in den Interviews als sexueller Ekel definiert. Laut Rozin et al. (2008) und Tybur et al. (2013) tritt sexueller Ekel dann auf, wenn keine sexuelle Kompatibilität erkennbar ist und die Person sich vom Gegenüber angewidert fühlt. Es ist anzunehmen, dass Patient:innen, die sich den Studierenden gegenüber übergriffig verhielten, diese Aspekte erfüllten. Mehrere Faktoren führten dazu, dass sich die Auszubildenden in den Situationen unwohl fühlten und eine Grenzüberschreitung wahrgenommen wurde. All diese Empfindungen führten dazu, dass sie sich vom Gegenüber angeekelt fühlten.

## **5.2. Ekel-Wahrnehmung und Einflussfaktoren**

Ekel wird als ein Reflex beschrieben, der vom Unterbewusstsein ausgeht und nur schwer kontrollierbar ist (Ekman, 1992a). Dies spiegelt sich in den Erzählungen und Situationsbeschreibungen der Studierenden wider. Vor der Studienteilnahme war den Teilnehmerinnen nicht klar, wie oft und in welchen Situationen sie Ekel empfinden. Erst durch die Teilnahme konnten sie sich bewusst mit ihrem Ekelgefühl auseinandersetzen, Ekelauslöser und Einflussfaktoren identifizieren und Ekel bewusst wahrnehmen. Dabei wurden, ähnlich wie Rozin et al. (2008) beschreiben, bestimmte Charakteristika des Ekels wahrgenommen. Zum einen wurde der Ausdruck des Ekels in Gestik und Mimik erkennbar. Zum anderen wurden physiologische Veränderungen wahrgenommen. Des Weiteren wurde die Gefühlslage genauer betrachtet und Situationen bewertet. Das Erleben spiegelt sich in weiterer Folge im Verhalten der Betroffenen wider.

### ***Ausdruck von Ekel***

Einige Autor:innen beschäftigten sich mit der Ausdrucksweise von Ekel. Diese gehe mit Zusammenkneifen der Augen, Verziehen des Mundes und Nase rümpfen einher (Darwin, 1872; Rozin et al., 2008; Olatunji et al., 2008; Chapman & Anderson, 2012; Tybur et al., 2013). Die veränderte Mimik wurde auch von den befragten Studierenden wahrgenommen und klar dem Ekel zugeschrieben. Es scheint besonders wichtig zu sein, diese Gesichtsausdrücke zu überspielen, da diese auch von anderen Personen dem Ekel zugeordnet werden können. Das beschriebene Schockiertsein in Überraschungsmomenten, in denen Studierende nicht auf das Erlebte vorbereitet waren, deckt sich mit den Erkenntnissen von Roth (2001, zit. n. Krey, 2015).

### ***Physiologische Veränderungen***

Es wurden unterschiedliche Empfindungen bei Auftreten von Ekel beschrieben. Zumeist wurde ein Unbehagen, Unwohlsein sowie Übelkeit verzeichnet. Je nach Ekel-Intensität musste der Würgereiz unterdrückt werden, um nicht erbrechen zu müssen. Dass Ekel oftmals mit Übelkeitsempfinden einhergeht, beschreiben auch Angyal (1941, zit. n. Rozin et al., 2008), Roth (2001, zit. n. Krey, 2015) sowie Chapman und Anderson (2012). Weiterhin wurden, ähnlich zu Roth (2001, zit. n. Krey, 2015), Kreislaufveränderung dokumentiert. Studierende äußerten hierbei Gänsehaut, Hitzegefühl, Schwindel oder, dass ihnen „Schwarz vor den Augen“ wurde. Im

äußersten Fall musste die Situation verlassen werden, um den Kreislauf wieder stabilisieren zu können.

### ***Erleben***

Das Erleben von Ekel kann der Erlebniskomponente, auch „Qualia“ genannt, zugeordnet werden. Diese Komponente ist jene, die am längsten besteht. Ekel, der körperlich erlebt wird, verflüchtigt sich. Anhaltender Ekel gegenüber Personen und deren Verhalten kann jedoch zu emotionaler Belastung führen (Krey, 2004; Rozin et al., 2008; Muggleton et al., 2014, Hadjittofi et al., 2020). Tracy et al. (2019) beschreiben, dass die Wahrnehmung von Ekel bei unangenehmen Gerüchen ähnlich auftritt, wie bei moralischen Verstößen. Das Ekelempfinden von Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege bestätigt, dass Ekel nicht nur aufgrund abstoßender sensorischer Reize, wie Gerüche, auftreten kann, sondern auch gegenüber ekelerregender Lebensumstände sowie Fehlverhalten und diese ebenfalls eine Abwehrreaktion im Körper hervorrufen. Das Ekelempfinden bei sozialem oder sexuellem Ekel wurde dennoch anders in seiner Intensität wahrgenommen, da klassischer Ekel den Studierenden zufolge gewöhnt werden kann und Ekel aufgrund des grenzüberschreitenden Verhaltens hingegen länger belastet. Wie oft und in welcher Intensität Ekel empfunden wird, ist dabei von der Person selbst abhängig. Tybur und de Vries (2013) beschreiben hinsichtlich der Ekelsensitivität, dass die Persönlichkeit einen wesentlichen Einfluss auf das Ekelaufkommen und das Erleben des Ekels hat. Im Rahmen der Untersuchung zeigt sich, dass manche der Teilnehmenden häufiger Ekelsituationen in ihren Ekel-Tagebüchern festhielten als andere. Die Unterschiede in der Wahrnehmung bestätigten sich in den anschließenden Interviews. Es wurde auf persönliche Vorlieben und Abneigungen im privaten sowie beruflichen Kontext eingegangen. Beispielsweise empfanden sehr reinliche Menschen viel eher und intensiver Ekel gegenüber Pathogenen und benötigten, im Vergleich zu anderen, spezielle Hygienemaßnahmen. Personen, die Interesse am Wundmanagement zeigten, sahen bei der Wundversorgung trotz Ekelgefühl kaum eine Herausforderung, die Tätigkeit weiter auszuführen. Für Personen, die sehr geruchsempfindlich waren hingegen, stellten nekrotische Wunden eine Belastung dar. Der Umgang mit Ekel, die Intensität des Empfindens (Ekelsensitivität) und die Häufigkeit des Auftretens (Ekelneigung) sind daher individuell und von persönlichen Ausprägungen abhängig.

## ***Verhalten***

Ekel zeigt sich mit einem Gefühl der Abneigung (Dudenredaktion, o.D.; Panksepp, 2007). Der Ursprung des Ekels, sei es klassischer Ekel oder Ekel durch Verhaltensweisen, ist dabei irrelevant. Das Gefühl der Abneigung war in allen beschriebenen Situationen vorhanden. Teilweise wurden auch Bedrohungen bzw. Gefahren thematisiert, wie der Kontakt mit infektiösem Material oder auch der Kontakt mit Straftäter:innen und Patient:innen, die aufgrund des übergriffigen Verhaltens Angst und Scham bei den Betroffenen auslösten. Auch Darwin (1872) und Ekman (1999) beschreiben Ekel als ein Gefühl der Abneigung sowie als Reaktion auf eine Bedrohung. Bei Ekel entsteht somit im Allgemeinen das Bedürfnis, sich vom Ekel-Geschehen abzuwenden. Diese Reaktion gleicht den Beschreibungen von Roth (2001, zit. n. Krey, 2015). Dem Ekelobjekt auszuweichen oder sich davon aus Selbstschutzgründen zu distanzieren findet sich zudem im traditionellen Modell nach Rozin et al. (2008) sowie im adaptierten Modell nach Tybur et al. (2013) wieder. Auch in der Untersuchung von Krey (2004) wurde die räumliche Distanzierung durch Verlassen des Zimmers vermerkt, wenn das Gefühl des Ekels nicht mehr zu ertragen war. Özkan et al. (2019) beschreiben ein ähnliches Verhalten, in denen Auszubildende aufgrund des Ekels Pflegehandlungen nicht weiter ausführen konnten.

## ***Einflussfaktoren auf Ekelempfinden und Handlungsfähigkeit***

Im Rahmen der Untersuchung konnten einige Einflussfaktoren auf die Handlungsfähigkeit der Betroffenen und im Umgang mit Ekel identifiziert werden. So wurden die von der Regierung auferlegten Schutzmaßnahmen gegen die Ausbreitung von COVID-19 (Bundesgesetzblatt II Nr. 58/2021) während des Untersuchungszeitraumes als nützlich bezeichnet, um einerseits Gerüche einzudämmen und andererseits die Mimik zu verdecken. Das Abdecken des Mund-Nasen-Bereiches hatte Einfluss auf das Verhalten der Studierenden, da ihnen dadurch ermöglicht wurde, Ekel weniger intensiv wahrzunehmen und die zu Pflegenden weiterhin zu betreuen. Positiven Einfluss auf die Handlungsfähigkeit und das Ekelempfinden hatten darüber hinaus Erfolgserlebnisse und das Interesse daran, etwas Neues zu lernen. Wird der Fokus vom Ekel auf Stolz und Interesse gelenkt, tritt Ekel in den Hintergrund und wirkt sich weniger belastend auf den Körper aus. Das gelungene Aushalten von Ekel und die damit einhergehende Handlungsfähigkeit kann Studierende in ihrer Entscheidung, das Studium zu absolvieren, ermutigen und ihr Selbstbewusstsein stärken. Auch die fachliche Kompetenzentwicklung wirkt sich positiv auf den Umgang mit Ekel aus, da der Fokus auf die Förderung der Stärken der Studierenden

gelegt wird und diese dadurch Selbstständigkeit entwickeln können. Die Motivation, die daraus entsteht, wirkt sich positiv auf die Handlungsfähigkeit der Studierenden aus.

Die Erkenntnis, dass Ekel abseits vom bekannten Ekelgefühl gegenüber Ausscheidungen und Wunden auch bei Verhalten anderer auftreten kann, trat für die Befragten unerwartet auf und blieb daher besonders im Gedächtnis. Im Gegensatz zum sozialen und sexuellen Ekel kann der Umgang mit klassischem Ekel, Krey (2004) zufolge beim sensorischen Ekel, rasch durch Gewöhnung erleichtert werden. Handelt es sich jedoch um Situationen, die unerwartet auftreten, kann Überforderung bei den Betroffenen entstehen. Situationen mit einem erhöhten Arbeitsaufwand werden dann aufgrund mangelnder Erfahrung zur Herausforderung. Können sich Studierende jedoch auf die Situation vorbereiten, kann auch der Ekel und die darauf folgenden physiologischen Veränderungen etwas abgeschwächt und Ekel weniger zur Belastung werden. Je nach Erfahrung, tritt Ekel unerwartet auf oder kann im Vorfeld eingedämmt werden. Dabei unterscheidet sich die Erfahrung der Auszubildenden untereinander durch Absolvierung unterschiedlicher Praktika in verschiedenen Bereichen und die Erfahrung zu ausgebildeten Pflegepersonen durch Berufserfahrung. Personen, die bereits außerhalb des Studiums mit ekelbehafteten Situationen konfrontiert wurden, konnten sich an bestimmte Situationen bereits gewöhnen und ertrugen diese leichter, als jene, die diese ersten Mal erleben. Es wurde auch deutlich, dass zu Beginn der Ausbildung aufgrund der Schambehaftung die Angst vor Körperkontakt und Intimpflege gegeben war. Auch Winter (2021) zufolge ist besonders zu Beginn der Ausbildung Ekel eine Herausforderung. Dies bestätigt die Untersuchung von Özkan et al. (2019), in der Studierende aus dem ersten Semester zu ihrem Ekelempfinden befragt wurden und diese äußerten, dass Ekel eine Belastung für sie darstellt. Im Rahmen dieser Untersuchung wurde versucht, Vergleiche zwischen der Ekelwahrnehmung zu Beginn der Ausbildung und zum Zeitpunkt der Studienteilnahme zu ziehen. Dabei zeigte sich aufgrund von Erfahrung und Gewöhnung bereits eine veränderte Haltung zu Ekel in der Pflege.

Für Studierende erwies es sich als herausfordernd und Ekel bestärkend, wenn sie sich in einem gesundheitsgefährdenden Umfeld befanden. Auch das Wissen zu pathophysiologischen Vorgängen im Körper erschwerte es den Betroffenen, Verständnis für die erkrankten Personen aufzubringen, wenn diese gegen Empfehlungen agierten oder Betreuungsangebote nicht annahmen. Das führte in weiterer Folge zu Ärger und Frustration. Sobald sich die auszubildende Person jedoch in Patientennähe befand, wurde das eigene Empfinden unterdrückt und eine andere Emotion präsentiert. Dies entspricht dem von Hochschild (2012) beschriebenen „surface acting“ im Rahmen der Emotionsarbeit, bei dem nach außen hin ein anderes Gefühl vermittelt

wird, als die Betroffenen tatsächlich fühlen. Krey (2004) beschreibt hierbei eine Ungewissheit, inwieweit das Oberflächenhandeln einen negativen Einfluss auf das psychische Wohlbefinden der Betroffenen hat.

### ***Ekel und andere Emotionen***

Bei Erleben des moralischen Ekels, wie Krey (2004) beschreibt, oder beim sozialen Ekel, wie es in der vorliegenden Untersuchung dargelegt wird, handelt es sich zumeist um vermeidbare Situationen, welche durch Verhaltensänderungen verhindert werden könnten. Im Gegensatz dazu, tragen Personen, die den klassischen oder auch sensorischen Ekel auslösen keine „Schuld“. Es wird erkennbar, dass sich in Hinblick auf klassischen Ekel Akzeptanz und in Bezug auf moralischen bzw. sozialen Ekel Wut bemerkbar macht. Ringel (2017) beschreibt ebenso Emotionen wie Wut und Feindseligkeit als Reaktion auf ekelerregende Faktoren. Wut wird der Autorin zufolge ausgelöst, wenn eine Person von einem persönlichen Ziel abgehalten wird. Die Personen reagieren, ähnlich wie bei Ekel, um sich zu verteidigen. Ekel stellt dabei die passive Vermeidung und Wut die aktive Verteidigung zum Selbstschutz dar. Im äußersten Fall folgen aggressives Verhalten gegenüber den zu Pflegenden.

Im Zuge der Untersuchung wurde keine Gewalt oder Vernachlässigung verzeichnet. Es wurde festgestellt, dass Auszubildende verzögert handelten, aber dennoch ihre Hilfe anboten. Versuchte eine Auszubildende beispielsweise einen Patienten im Umgang mit Diabetes zu unterstützen und klärte diesen über die erforderlichen Maßnahmen auf, löste es Wut bei der Betroffenen aus, als der Patient keine Einsicht zeigte und weiterhin, ohne Rücksicht auf mögliche Folgeschäden, sich Süßigkeiten bringen ließ und zusätzlich eine Unordnung hinterließ. Es entwickelte sich, trotz des zuvor gepflegten Erscheinungsbildes, Ekel gegenüber der Person in Verbindung mit Frustration, da das Ziel, Gesundheit zu fördern und Krankheit zu vermeiden, nicht nachverfolgt werden kann. Der Auszubildenden war bewusst, dass das Verhalten des Patienten negative Konsequenzen mit sich ziehen würde und ärgerte sich darüber, hierauf keinen Einfluss zu haben. Dies wiederum führte zu Resignation. Doch obwohl der Wunsch nach Vermeidung gestiegen ist, blieb die Hilfeleistung, wenn auch mit Zögern verbunden, nie aus.

Eine weitere Emotion, die mit Ekel einhergehen kann, ist die Angst. Nicht immer kann diese von Ekel unterschieden werden, weshalb in manchen Situationen ungewiss ist, ob sich die betroffene Person vor etwas fürchtet oder sich angeekelt fühlt. Bei Angst reagieren die Betroffenen ähnlich wie bei Ekel. Eine Fluchtreaktion wird ausgelöst und der Wunsch nach Distanz steigt (Ringel, 2017). Auch im Rahmen dieser Untersuchung konnte festgestellt werden, dass

Angst vor Pathogenen oder vor Personen einen wesentlichen Einfluss auf die Intensität des Ekelempfindens hat. Je größer die Angst, desto intensiver wird der Ekel wahrgenommen. Dabei wird eine Bedrohung wahrgenommen und ein Selbstschutz ausgelöst. Obwohl es sich bei Wut, Angst und Ekel um Basisemotionen handelt, die laut Ekman (1992b) eine markante Ausdrucksform und unverwechselbare Abläufe aufweisen, können die Gefühlsregungen nicht eindeutig voneinander getrennt werden. Die Emotionen haben jedoch gemeinsam, den eigenen Körper zu schützen. Befinden sich Auszubildende in der Rolle der Pflegeperson, darf die Versorgung der zu Pflegenden nicht gefährdet und vernachlässigt werden. Dies kann zu inneren Konflikten bei den Betroffenen führen. Es besteht die Herausforderung, die Balance zwischen Selbstfürsorge und den zu erfüllenden pflegerischen Pflichten zu halten.

### **5.3. Strategien im Umgang mit Ekel**

Im Rahmen der empirischen Untersuchung konnten einige Strategien im Umgang mit Ekel aufgedeckt werden. Dabei handelt es sich um Maßnahmen, die vor, während oder nach dem Ereignis getroffen werden.

#### ***Sich vorbereiten***

Ekman (1992b) zufolge treten Basisemotionen meist plötzlich auf. Wie in der Untersuchung hervorgeht und auch Krey (2004) beschreibt, ist das plötzliche Auftreten des Ekels die größte Herausforderung, beim Versuch, Ekel kontrollieren zu können. Werden Studierende auf die Situation vorbereitet und erhalten sie Hintergrundinformation zur Erkrankung und zu möglichen Begleiterscheinungen, die Ekel auslösen können, fällt es den Studierenden leichter, den Ekel zu kontrollieren. Ist den Auszubildenden die Situation bereits bekannt, kann mentale Vorbereitung dafür sorgen, dass Unerwartetes vermieden wird. Je öfter Studierende eine Situation erleben, desto besser können sie sich auf die Situation und mögliche Ekelfaktoren vorbereiten. Durch das Führen des Ekeltagebuchs wurde den Studierenden bewusst, wovor sie sich ekeln und konnten sich demnach Strategien überlegen, um handlungsfähig zu bleiben und Überforderung zu vermeiden.

### ***Ekel unterdrücken***

Während der Ausübung pflegerischer Maßnahmen ist es den Befragten zufolge erforderlich, den Ekel zu unterdrücken oder ihn auszuhalten. Ziel ist es dabei, sich nichts anmerken zu lassen. Krey (2004), Muggleton (2014), Ringel (2017) sowie Hadjittofi et al. (2021) nennen ebenso das Unterdrücken des Ekels als Strategie, um die Pflegemaßnahme weiter ausführen zu können. Würde Ekel zugelassen werden, könnten körperliche Veränderungen wie Übelkeit und Unwohlsein die auszubildende Person im pflegerischen Tun negativ beeinflussen. Durch die Untersuchung wurde deutlich, dass das Fokussieren auf die Patient:innen und die Durchführung der Maßnahme dabei hilft, die körperlichen Veränderungen des Körpers zu verdrängen und die Handlung ohne Unterbrechung weiter auszuführen. Krey (2004) beschreibt die Fähigkeit, Ekel aushalten zu können, als Bedingung für das Erweitern der Ekeltoleranz. Wichtige Voraussetzungen hierfür sind der Erhalt der Würde und Empathie. Auch der Perspektivenwechsel, wie es von den Studierenden im Rahmen der Studie beschrieben wurde, kann eine nützliche Herangehensweise sein. Den Fokus von sich auf das Gegenüber zu lenken und dessen Gefühle wie Scham nachzuempfinden, hilft bei der Beseitigung des Ekels und ermöglicht Handlungsfähigkeit.

### ***Hygiene und Selbstschutz***

Je nach Ekelursache können Hygienemaßnahmen und Selbstschutz dazu dienen, den Ekel einzudämmen. Differenziert wird hierbei zwischen prophylaktischen Maßnahmen, wie das Tragen von Schutzkleidung, oder Maßnahmen, die nach Kontamination erfolgen, wie der Reinigung. Beides sind Strategien, die eine Distanz zum Ekelobjekt ermöglichen. Ringel (2017) zufolge führen jedoch die übermäßige Anwendung von Hygienemaßnahmen, wie Desinfektion, Tragen von keimarmen Handschuhen, FFP2-Masken oder „Tiefenreinigung“ der kontaminierten Körperstelle und Objektes einerseits zu einem erhöhten Müllaufkommen und andererseits zu einer niederen Ekelschwelle, da Situationen viel eher als ekelhaft wahrgenommen werden. Auch Allergien können sich der Autorin zufolge durch zu viel Gebrauch von Desinfektionsmittel entwickeln. In dieser Untersuchung zeigte sich zudem, dass je nach Beziehung zu Patient:innen und Ekelobjekt die Hygienemaßnahmen variieren und nicht immer den Hygienestandards der Institution entsprechend gearbeitet wird. Je nach Kontext entscheiden professionell Pflegende, welche Maßnahmen angemessen sind. Auszubildenden war es demnach nicht möglich im Setting der Kinder- und Jugendlichenpflege Ekel empfinden zu dürfen und ekelten sich vor

anderen Pflegepersonen, die ohne Handschuhe die Inkontinenzversorgung vornahmen. Das Tragen von Schutzkleidung und Einhalten von Hygienestandards stellt nicht nur eine erforderliche Maßnahme zur Vermeidung von Krankheiten dar, sondern fungiert auch als Psychohygiene für betroffene Auszubildende (Ringel, 2017). Besonders sehr reinlichen Menschen ist es ein Bedürfnis, Sauberkeit wiederherzustellen und das Unreine bzw. Ekelerregende zu beseitigen oder zu vermeiden.

### ***Gerüche eindämmen***

Schutzkleidung dient insbesondere bei sensorischen Ekelauslösern als Umgangsstrategie. Dabei können auch andere Maßnahmen, wie die Veränderung der Atmung oder der Einsatz von Düften Gerüche eindämmen und den Ekel reduzieren. Ringel (2017) bezeichnet das Anhalten der Luft oder flache Atmen als Möglichkeit, um trotz Ekel handlungsfähig zu bleiben. Problem stellt hier jedoch die Einschränkung der Kommunikation und die fehlende ganzheitliche Betrachtung der Patient:innen im Betreuungsprozess dar. Das Vermeiden der sensorischen Wahrnehmung führt zu einer Ablenkung und kann laut Krey (2004) und Muggleton et al. (2014) die kognitive Fähigkeit der Betroffenen beeinflussen und Pflegefehler entstehen lassen.

### ***Distanz schaffen***

Ekel durch Distanz zu reduzieren deckt sich mit den Beschreibungen des traditionellen Modells nach Rozin et al. (2008) sowie des adaptierten Modells nach Tybur et al. (2013). Ekel geht mit einer Abwehrhaltung einher und soll vor Gefahren schützen. Daher ist es erforderlich, wenn keine gelinderen Mittel gefunden werden können, Abstand zu gewinnen und die Situation zu verlassen. Patient:innen müssen dadurch länger auf ihre Versorgung warten und werden vernachlässigt (Ringel, 2017). Schnelles Arbeiten kann eine Möglichkeit sein, um die Handlung weiter ausführen zu können. Auch Arbeitsaufteilung, „Arbeit zu zweit“ wie Krey (2004) beschreibt, hilft im Umgang mit der belastenden Emotion. Ringel (2017) erkennt jedoch, dass schnelles Arbeiten dazu führt, dass weniger auf die Patient:innen und deren Bedürfnisse eingegangen werden kann. Sich von der Ekelursache zu entfernen, stellt die letztmögliche Maßnahme dar, um den körperlichen Belastungen des Ekels entgegenzuwirken und den eigenen Körper zu schützen. Dies ist jedoch keine angemessene Strategie, um langfristig mit Ekel umgehen zu können (Krey, 2004; Muggleton et al., 2014). Eine andere Form der Distanzierung beschreiben Hadjittofi et al. (2021). Moralisches Fehlverhalten professionell Pflegender geht den befragten

Pflegeauszubildenden nach mit einer gewissen Absicht einher und ließe sich vermeiden. Insbesondere beim Beobachten eines würdelosen Umgangs mit zu Pflegenden wurde bei Auszubildenden Ekel und der Wunsch nach physischer und emotionaler Distanz ausgelöst, was dazu führte, dass Auszubildende sich vornahmen, selbst als examinierte Pflegeperson anders zu handeln. Hierbei hat das Distanzierungsverhalten zum Ekelauslöser einen positiven Effekt auf die zu Pflegenden (Hadjittofi et al., 2021). Ähnlich zeigt es sich beim sozialen Ekel gegenüber Personen aus dem Gesundheitswesen, wo die Befragten dieser Untersuchung äußerten, selbst anders agieren zu wollen, um die Patient:innen zu schützen.

### ***Sich gewöhnen***

Die Gewöhnung als Strategie und Einflussfaktor auf die Handlungsfähigkeit stellt weder einen aktiven Prozess noch eine Umgangsmaßnahme dar. Gewöhnung entsteht durch jahrelange Erfahrung und wirkt sich positiv auf die Erweiterung der Ekeltoleranz aus (Krey, 2004). Die Hoffnung auf Gewöhnung birgt jedoch laut Ringel (2017) die Gefahr, sich aufgrund der unzureichenden Auseinandersetzung mit dem Ekel-Empfinden zu überlasten und ein Burnout-Syndrom zu erleiden.

### ***Darüber reden***

Um auf lange Sicht besser mit Ekel umgehen zu können, erfordert es den Austausch innerhalb des Teams. Der Begriff Ekel selbst löst Ekel aus, weswegen der Austausch über die Emotion eine Hemmschwelle darstellt (Rozin et al., 2008). Da es im Kontext der Pflege als unprofessionell bezeichnet wird, wenn im Rahmen der Interaktion mit zu Pflegenden Gefühlsregungen wie Ekel geäußert werden, geben nur wenige des ausgebildeten Pflegepersonals zu, Ekel zu empfinden (Krey, 2004; Özkan et al., 2019; Hadjittofi et al., 2020; Hadjittofi et al., 2021; Winter, 2021). Dabei scheint es Auszubildenden ein großes Bedürfnis zu sein, über Ekel zu sprechen. Der Austausch im Team oder mit Studienkolleg:innen lässt die Studierenden erkennen, dass auch andere Personen Ekel erleben und sie nicht alleine sind. Es zeigte sich, dass bei jüngeren Kolleg:innen oder in einem Team mit offener Gesprächskultur Ekelsituationen eher nachbesprochen wurden. Durch die Gewöhnung bzw. Abstumpfung erfahrener Kolleg:innen, wie Krey (2004) beschreibt, fällt es Auszubildenden oft schwer, über Ekel zu sprechen, da ihnen vermittelt wird, dass sie als Pflegeperson ungeeignet sind, wenn sie Ekel empfinden. Außerhalb des pflegerischen Settings im Austausch mit Familienmitgliedern erfahren Studierende

Unterstützung, indem sie Anerkennung für ihre Leistungen erfahren. Dies führt dazu, dass sich Studierende gestärkt und stolz fühlen und sich erneut Ekelsituationen stellen.

Mithilfe des webbasierten Tagebuchs *Monkkee* (Monkkee - das sichere Online-Tagebuch - privat und kostenlos, o. D.) konnten Studierende von zu Hause aus oder direkt nach der Situation das Erlebte festhalten. Dabei wurden nicht alle Erlebnisse festgehalten, sondern von den Studierenden im Vorfeld selektiert. Es wurde differenziert, welche Situation es wert ist, beschrieben zu werden und welche nicht. Situationen, welche auch noch nach den Praxismonaten im Gedächtnis blieben, zeigten sich im Rahmen der Interviews. Hier wurden Erlebnisse erneut aufgegriffen, wenn diese besonders intensiv wahrgenommen wurden oder belastend waren.

In einem Interview wurde von einer Probandin hinterfragt, inwiefern das Führen des Ekeltagebuchs, mit dem Fokus auf Ekel, die Studie beeinflussen könnte. Würden sich die Auszubildenden nicht bewusst mit der Emotion beschäftigen, käme es weniger häufig zu Ekelerlebnissen, da dieser gar nicht so bemerkt würde. Andere hingegen beschrieben es als förderlich, sich individuell mit dem Ekelempfinden auseinanderzusetzen, sich selbst besser kennenzulernen und sich damit auf zukünftige Situationen vorbereiten zu können. Das Ekeltagebuch diene manchen Teilnehmenden somit der persönlichen Weiterentwicklung.

In der qualitativen Metasynthese von Barbagallo (2021) wurden Erfahrungen von Pflegeauszubildenden zu Reflexionen in der Praxis zusammengefasst. Die Fähigkeit zu reflektieren ist den Autor:innen zufolge eine Kompetenz, die zur Selbstentwicklung beiträgt. Erfahrungen werden auf ein höheres Abstraktionslevel gebracht, was dazu führt, dass Studierende ihr Verhalten und Handeln aus einer anderen Perspektive betrachten und dadurch besser verstehen und gegebenenfalls adaptieren können. Auszubildende beschreiben es als eine Möglichkeit, sich persönlich und fachlich weiterzuentwickeln und damit einhergehend das Outcome der Patient:innen zu verbessern. Reflexion in der Praxis hat einen positiven Einfluss auf die Pflegebeziehung, da es ermöglicht, die Sicht der Betroffenen nachzuempfinden und zu verstehen. Es hilft Studierenden darüber hinaus, mit negativen Erfahrungen umzugehen, Fehler zuzugeben und daraus zu lernen. Kritisiert wird, dass Gesundheitseinrichtungen wenig Interesse an der Förderung der persönlichen Weiterentwicklung zeigen und die erforderlichen Ressourcen wie Zeit und Räumlichkeiten für Gruppenreflexionen nicht gestellt werden. Hinderliche Faktoren, wie die Sorge, von Personen aus der Praxis verurteilt zu werden, werden beschrieben. Ein sicheres Umfeld, in dem Studierende ihre Erfahrungen teilen und an sich arbeiten können, wird gefordert. Das Auseinandersetzen mit den eigenen Emotionen und das Teilen dieser mit anderen, stärkt das

Selbstbewusstsein. Dabei ist es wichtig, die Situationen strukturiert bearbeiten zu können. Aus der Metasynthese geht hervor, dass Reflexionsmodelle, wie der Reflexionszyklus nach Gibbs, hilfreich sind, um strukturiert das Erlebte zu reflektieren. Ohne Rahmen würden einige wesentliche Aspekte vergessen werden und weniger Fortschritt in der Selbstentwicklung beobachtbar sein (Barbagallo, 2021).

Die Reflexion mittels Ekel-Tagebuch diene somit der ersten Möglichkeit, sich mit seiner Emotion Ekel auseinanderzusetzen. Der Austausch im Interview führte anschließend dazu, die Erlebnisse auf einer abstrakteren Ebene zu betrachten. Ähnlich wie in der Metasynthese beschrieben, betonen Studierende die Notwendigkeit, den Ekel zulassen zu können. Nur durch unterdrückte Emotionen und nicht reflektierte Handlungen werden Belastungen erkennbar.

#### **5.4. Haltung**

Das Erleben von Ekel bei Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege und der Umgang mit den damit einhergehenden Empfindungen werden von einer gewissen Haltung der Betroffenen geprägt. Betrachtet werden hierbei zwei Kategorien zum Verständnis von Ekel sowie zwei zu erreichende Ziele im Umgang mit Ekel im Pflegealltag.

##### ***Ekel ist individuell***

Ekel ist ein subjektives Gefühl, welches Charakteristika, wie bestimmte physiologische Abläufe, einen universellen Ausdruck und ein Sich-Abwenden, aufweist, jedoch sich hinsichtlich des Erlebens unterscheidet (Darwin, 1872; Ekman, 1992b; Ekman; 1999; Rozin et al., 2008; Ekman & Cordaro, 2011; Chapman & Anderson, 2012). Die Ekelsensitivität und -neigung sind demnach von Person zu Person differenziert zu betrachten (Fergus & Valentiner, 2009; Götz et al., 2013). Dies bestätigt die Untersuchung von Krey (2004), in der ebenso verschiedene Auslöser von unterschiedlichen Teilnehmer:innen dargelegt werden. Winter (2021) zufolge treten im Rahmen der praktischen Ausbildung emotionale Herausforderungen in ähnlichen Situationen auf, jedoch werden diese unterschiedlich wahrgenommen. Das Erleben von Ekel ist demzufolge individuell und kann nicht verallgemeinert werden. Auch Studierenden der vorliegenden empirischen Untersuchung wurde im Rahmen der Teilnahme nach Austausch mit Praxisanleiter:innen und Studienkolleg:innen sowie Familienangehörigen bewusst, dass Ekel unterschiedlich wahrgenommen wird. Dabei differenzieren sich Ekel-Auslöser und die Intensität des Ekelgefühls. Je nach persönlichen Ausprägungen, Vorlieben und Abneigungen sowie

Vorerfahrung wurden Situationen unterschiedlich wahrgenommen. Nicht jede Person ekelte sich vor denselben Dingen. Auch einhergehende physiologische Veränderungen wurden unterschiedlich beschrieben. Es gibt daher keine einheitliche Beschreibung von Ekel und den Reaktionen des Körpers, auch wenn es grundlegend eine Emotion der Abneigung vor bestimmten Ereignissen, Objekten oder Personen ist (Panksepp, 2007).

### ***Ekel darf sein und gehört dazu***

Den Studierenden wurde im Rahmen der Untersuchung bewusst, dass Ekel ein normales Gefühl ist, das zum Menschsein dazu gehört und demnach auch Teil pflegerischer Arbeit ist. Es wurden unterschiedliche Situationen geschildert, in denen Ekel wahrgenommen wurde. Alle Situationen haben gemeinsam, dass sie im Zuge der praktischen Ausbildung bei pflegerischen Tätigkeiten aufgetreten sind. Ekel ist somit ein Gefühl, das im pflegerischen Kontext vertreten ist und demnach als zugehörig betrachtet werden sollte. Obwohl Ekel eine ungewollte Empfindung darstellt, handelt es sich um eine natürliche Reaktion des Körpers in bestimmten Situationen (Hadjittofi et al., 2021). Das Auftreten von Ausscheidungen und Pathogenen, wie Rozin et al. (2008) und auch Tybur et al. (2013) beschreiben, und andere Auslöser auf sensorischer als auch kognitiver Ebene sind Gegebenheiten, womit Pflegepersonen und Auszubildende täglich konfrontiert sind. Selbst nach langjähriger Berufserfahrung gibt es für examinierte Pflegepersonen Situationen, die Ekel auslösen können. Dies zeigt sich ebenso anhand der Untersuchung von Muggleton et al. (2014), in der Pflegepersonen zu ihrem Ekelempfinden bei der Betreuung von Patient:innen im Palliativsetting befragt wurden. Die interpretative phänomenologische Analyse ergab hierbei, dass, auch wenn Ekel in der Pflege seine Risiken in der Betreuung mit zu Pflegenden birgt, Pflegepersonen diesen dennoch empfinden. Es wird somit deutlich, dass Ekel in der Pflege, sei es für angehende oder examinierte Pflegepersonen, existiert. Dennoch wird es in manchen Bereichen tabuisiert. Handelt es sich um ein familiäres Team, welches im Allgemeinen über belastende Erlebnisse gemeinsam reflektiert, fällt das Ansprechen der Emotion Ekel leichter. Fehlt hingegen im Team der Austausch zu Ekel, wird eine individuelle Auseinandersetzung mit der Emotion verhindert. Krey (2004), Muggleton (2014), Ringel (2017), Özkan et al. (2019), Hadjittofi et al. (2020) sowie Hadjittofi et al. (2021) erkennen in der pflegerischen Praxis, dass der Ausdruck und das Ansprechen von Ekel einen Einfluss auf das professionelle Auftreten hat. Studierende des ersten Semesters berichteten davon, dass das Normalisieren des Ekels unter vertrauten Kolleg:innen essenziell im Umgang mit Ekel ist (Hadjittofi et al., 2021).

Auch Studierende dieser Untersuchung sehen Ekel als Teil der Pflege an und weisen auf die Notwendigkeit des Zulassens des Gefühls hin, um Belastungen, die mit Ekel einhergehen, entgegen zu wirken. Krey (2015) verdeutlicht die Relevanz des Ekels in der pflegerischen Ausbildung und die Bedeutung eines Orientierungsrahmens für Auszubildende im Umgang mit Ekel. Die Autorin fordert den Austausch und das Beseitigen des Tabus in der pflegerischen Praxis, da Ekel in der Pflege okay ist.

### ***Pflegebeziehung stärken und professionell sein***

Im Umgang mit Ekel ist es essenziell, die Pflegebeziehung aufrecht zu erhalten und sich professionell zu verhalten. Ekel zu empfinden stellt die Teilnehmenden zufolge dabei keinen Aspekt von Unprofessionalität dar, sondern Reaktionen und Verhaltensweisen, die Patient:innen Schaden zufügen könnten. Hadjittofi et al. (2021) nach kann durch den Ausdruck von Ekel die Würde der erkrankten Personen gefährden, Scham ausgelöst werden und Vertrauen zu den Pflegenden verloren gehen. Auch Studierende dieser empirischen Untersuchung erkennen die Gefahr, bei Ausdruck von Ekel, die Vertrauensbasis zu Patient:innen zu verlieren und den weiteren Betreuungsprozess zu gefährden. Schämen sich zu Pflegenden, könnten diese Informationen verbergen, welche jedoch für einen Fortschritt im Genesungsprozess wesentlich sein könnten. Professionell zu sein bedeutet demnach, trotz Ekel, stets das Wohl und die Bedürfnisse der Patient:innen im Vordergrund zu sehen, um die bestmögliche Betreuung anbieten zu können. Eine ganzheitliche Betreuung hat einen wesentlichen Einfluss auf die Betreuungsqualität und die Vertrauensbasis zwischen Auszubildenden und den zu Pflegenden. Voraussetzung hierfür ist Empathie. Hadjittofi et al. (2021) erkennen im Rahmen ihrer Untersuchung zum Ekelempfinden von Pflegeauszubildenden und Hebammen während der praktischen Ausbildung, dass Ekel einen negativen Einfluss auf das empathische Empfinden der Pflegeauszubildenden haben kann. Die personenzentrierte Haltung kann eine Möglichkeit darstellen, um die zu pflegende Person in ihrer Gesamtheit und als Mensch mit ihren individuellen Bedürfnissen zu betrachten (Zojer et al., 2022). Ähnlich beschreiben Hadjittofi et al. (2020), dass der Fokus auf den Menschen Ekel mindern kann. Es braucht daher eine gefestigte personenzentrierte Haltung im Umgang mit Patient:innen, damit diese einen positiven Einfluss auf die Betreuungsqualität und auf das Befinden der Auszubildenden haben kann.

## 5.5. Limitationen

Mit der vorliegenden empirischen Arbeit, welche sich an der Phänomenologie orientiert, wurde ein tiefergehendes Verständnis zum Erleben von Ekel bei Studierenden der Gesundheits- und Krankenpflege während der praktischen Ausbildung angestrebt. Dabei wurde versucht, das von Lamnek (2016, zit. n. Mayer, 2022) definierte zentrale Gütekriterium für qualitative Forschung der Validität zu erfüllen. Im Sinne der kommunikativen Validierung wurde den Studierenden im Zuge der Interviews ermöglicht, Annahmen der Forschenden zu verifizieren oder zu widerlegen. Eine Überprüfung der Interpretationen durch Rückmeldung von Studienergebnissen an die Teilnehmenden fand jedoch nicht statt. Weiter führte die Menge an Daten, die sich aus dem Triangulationsverfahren ergaben, bei der Forschenden zu Überforderung, weshalb beim Analyseprozess, anstelle der geplanten induktiven Vorgehensweise, ergänzend eine deduktive Kategorienbildung durchgeführt wurde. Das bedeutet, dass die Ergebnisse vor Hintergrund des theoretischen Rahmens beleuchtet und im Analyseverfahren dahingehend strukturiert wurden. Der explorative Charakter qualitativer Forschung wurde dadurch etwas gemindert.

Die Erhebung mittels Diary Method und leitfadengestützter Interviews zielte auf die Beschreibung der Ekel-Erfahrungen inklusive Äußerung des Ekels, sowie mögliche Herausforderungen und Strategien im Umgang mit Ekel, um handlungsfähig zu bleiben, ab. Anhand der Ergebnisse wurde deutlich, dass Ekel in seiner Intensität sowie die Ekelneigung individuell ist. Im Rahmen der Untersuchung wurde jedoch keine Vorerfahrung zu Ekel oder Einschätzung hinsichtlich der Ekelsensitivität getroffen. Es wurden daher lediglich die Beschreibungen der Studierenden zu Vorerfahrungen und persönliche Abneigungen und Vorlieben herangezogen. Dieser Aspekt wäre jedoch für die Interpretation des Erlebens und der Wahrnehmung von Ekel wünschenswert gewesen.

Weiters war es der Forschenden ein Anliegen, Studierende ohne praktischer Vorerfahrung in die Studie einzuschließen, um Vergleiche zwischen dem ersten und zweiten Ausbildungsjahr ziehen zu können. Da jedoch nur sechs Interessentinnen aus dem vierten Semester, welche letztlich auch eingeschlossen wurden, für die Teilnahme an der Studie mit der Forschenden Kontakt aufnahmen, konnten keine Studierenden aus dem ersten Ausbildungsjahr gewonnen werden. Es wurde daher im Rahmen der Interviews versucht, die Studierenden von der Zeit zu

Beginn der Ausbildung erzählen zu lassen und selbst Vergleiche zu ziehen und Empfehlungen auszusprechen.

Die Homogenität der befragten Gruppe stellt eine weitere Limitation dar. Aufgrund der geringen Nachfrage konnten lediglich weibliche Studierende in die Studie aufgenommen werden. Es können daher keine Aussagen und Vergleiche zum Erleben von männlichen oder Personen, die sich als divers identifizieren, getroffen werden. Zudem waren die Teilnehmenden zwischen 21 und 23 Jahre alt, weshalb die Ergebnisse lediglich die Erfahrungen jüngerer Studierenden widerspiegelt. Der Einschluss von älteren Personen mit Vorerfahrungen im beruflichen sowie privaten Setting hätte die Perspektive zum Phänomen Ekel erweitern können.

Obwohl im Zuge der Interviews erkennbar wurde, welche Situationen für die Betroffenen belastend waren, können keine konkreten Aussagen zu möglichen psychischen Belastungen getroffen werden. Der Begriff Herausforderung, der im Fokus der Forschungsfrage war, wurde von den Teilnehmenden selten verwendet. Beschreibungen wie „hatte zu kämpfen“ oder Begriffe wie „schwierig“ wurden demnach als belastend oder herausfordernd identifiziert.

Trotz Ekel, zeigte sich, dass Studierende versuchten, den Fokus auf die zu Betreuenden und ihre Bedürfnisse zu legen. Es wird erkennbar, dass Auszubildende im vierten Semester eine personenzentrierte Haltung einnehmen und versuchen, diese im pflegerischen Alltag zu integrieren. Da jedoch keine Vergleichsgruppe befragt wurde, kann nicht festgestellt werden, ob die Implementierung der Personenzentrierung in die Lehre zu dieser Haltung geführt hat oder ob auch Pflegestudierende ohne diese Inhalte diese vertreten.

Des Weiteren sind zwar die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich vorgegeben, jedoch unterscheiden sich die Curricula der Bildungseinrichtungen, weshalb mit dieser Untersuchung lediglich die Sicht der Studierenden der Fachhochschule Wiener Neustadt, welche Inhalte aus dem Curriculum von 2019 vermittelt bekamen, dargelegt werden kann. Da verschiedene Faktoren, wie Fachwissen und Haltung sich auf das Ekelempfinden auswirken, ist davon auszugehen, dass Ausbildungsinhalte und der Umgang mit Ekel in der theoretischen sowie praktischen Ausbildung einen Einfluss

auf das Erleben der Auszubildenden haben können. Es ist kritisch zu betrachten, inwieweit die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit auch auf andere Pflegestudierende und -auszubildende übertragbar ist, obwohl sich bereits Überschneidungen mit Erkenntnissen aus anderen Ländern zeigen.

Die Ergebnisse zeigen weiterhin, dass die COVID-19-Pandemie und die Auflagen des Bundesministeriums für Gesundheitseinrichtungen einen wesentlichen Einfluss auf das Ekelempfinden hatten. Das Tragen der Schutzkleidung oder die Erkrankung selbst führten zu einer sensorischen Einschränkung, die Ekelreize wie Gerüche eindämmte. Da die Untersuchung im Zeitraum von Mai bis September 2021 durchgeführt wurde, können jedoch keine Vergleiche hinsichtlich des Ekelaufkommens und der Wahrnehmung nach Aufhebung der COVID-Hygienerichtlinien gezogen werden. Die Studierenden selbst konnten auch keinen Vergleich ziehen, da diese mit Beginn der COVID-Pandemie im Frühjahr 2020 mit den ersten Praktika begonnen hatten.

## 6. Schlussfolgerung

Im Rahmen der Untersuchung konnten einige Ekel auslösende Faktoren sowie Einflussfaktoren auf das Ekelempfinden aufgefunden gemacht werden. Es kann unterschieden werden zwischen klassischen Ekelsituationen, womit angehende Pflegepersonen tagtäglich konfrontiert werden, da diese zumeist im Kontext von Keimbelastung einhergehen, und Ekel gegenüber Personen und deren Verhalten. Es wird erkennbar, dass Erfahrung und Gewohnheit einen wesentlichen Einfluss auf die Intensität und Häufigkeit von Ekel haben. Auch die Persönlichkeit beeinflusst das Ekelaufkommen und verdeutlicht die Individualität von Ekel im pflegerischen Kontext. Es gibt verschiedene Strategien, die von den Studierenden bereits angewendet wurden, um in Ekelsituationen handlungsfähig bleiben zu können. Manche Erlebnisse erforderten „Schlachtpläne“, um sich gut vorbereitet der Situation stellen zu können. Nicht immer ermöglichten die getroffenen Gegenmaßnahmen Handlungsfähigkeit und Studierende mussten sich vom Ekelgeschehnis entfernen. Dennoch war es den Studierenden stets ein Anliegen, die professionelle Haltung aufrecht zu erhalten und die Pflegebeziehung nicht zu gefährden. Eine vertrauensbasierte Pflegebeziehung ist die Grundvoraussetzung für einen fortschreitenden Behandlungs- und Betreuungsprozess. Ekel in der Pflege darf zwar sein, dennoch darf die Vulnerabilität der zu Pflegenden nicht außer Acht gelassen werden. Schwierig wird es hingegen, wenn zu Pflegende absichtlich ein Verhalten aufweisen, wovor sich Auszubildende ekeln. In diesen Situationen wird zwar dennoch versucht, Professionalität beizubehalten und Contenance zu bewahren, der beschriebene Ekel kann jedoch in weiterer Folge zu emotionaler Belastung führen. Es ist wichtig, Studierenden bei Erleben von Übergriffigkeit ein Gespräch anzubieten, Reflexionen zu ermöglichen und sie für ähnliche Situationen zu rüsten, damit sie gestärkt aus der Situation gehen können, ohne sich dabei schlecht zu fühlen.

Aus den neu gewonnen Erkenntnissen zeigt sich Handlungsbedarf in den Bereichen Praxis, Lehre und Forschung, welcher nachfolgend aufgezeigt wird.

## 6.1. Relevanz für Praxis

Die vorliegende Arbeit bietet einen tiefergehenden Einblick darin, wovor sich Auszubildende im vierten Semester ekeln, wie sich dieser äußert und welche Strategien die Studierenden im Umgang damit bereits anwenden. Es zeigt sich, dass Ekel individuell zu betrachten ist. Es gibt bestimmte Situationen, denen sich Personen im Pflegeberuf stellen müssen, weshalb es erforderlich ist, bereits angehenden Pflegepersonen einen adäquaten Umgang damit zu schaffen. Ziel ist es, die Handlungsfähigkeit aufrecht zu erhalten, die Berufsausübung mit Motivation und Freude ausführen zu können und nicht aufgrund von Resignation den Beruf zu verlassen zu müssen. Dabei spielt die Erwartung, die Studierende an sich selbst und Mitarbeitende haben, eine wesentliche Rolle. Die Haltung, Ekel sei unprofessionell, erschwert es den Auszubildenden oftmals, Ekel offen anzusprechen. Auszubildende streben professionelles Auftreten an, was den Befragten zufolge trotz Ekel gelingen kann, sofern die Versorgung aufrecht erhalten bleibt. Da es sich um eine menschliche Reaktion auf Abstoßendes handelt, gehört Ekel zum Pflegedasein dazu. Es ist wichtig, Sensibilität zu schaffen und Ekel in der Pflegepraxis zu enttabuisieren, um Studierende entsprechend auf die praktische Ausbildung und Berufswelt vorzubereiten, Vorurteile zu beseitigen und Restriktionen aufzuheben. Es sollte Auszubildenden ermöglicht werden, Ekel zu empfinden und anzusprechen, ohne mit negativen Konsequenzen rechnen zu müssen, wie dem Zweifel an der Berufswahl oder negative Rückmeldungen aus der Praxis. Es ist wichtig, Ekel zulassen zu können, damit individuelle Umgangsstrategien entwickelt werden können und Ekel zukünftig keine Belastung mehr darstellt. Der Austausch in der Praxis stellt damit eine wesentliche Säule im Umgang mit Ekel dar. Es sollte vonseiten der Institution und Kolleg:innen erlaubt sein, dass Pflegepersonen und Auszubildende sich ekeln. Es sollten Schulungen für Pflegepersonen angeboten werden, wie mit Ekel umgegangen werden kann, ohne die Pflegebeziehung und -qualität oder die eigene Gesundheit zu gefährden. Die Umsetzung dieser Maßnahmen in der Praxis ermöglicht das Einnehmen einer Vorbildrolle für Studierende, die davon lernen könnten.

Es ist erforderlich die individuellen Ekel-Auslöser zu kennen. Wird die eigene Ekelneigung und -sensitivität eingeschätzt, hilft dies, potenzielle Ekelsituationen ausfindig zu machen und sich und Auszubildende entsprechend vorzubereiten.

Es hat sich gezeigt, dass Reflexion und der gemeinsame Austausch über Ekelsituationen der Selbstentwicklung beiträgt und im Zuge dessen belastende Situationen reduziert werden können. Dies ist jedoch nur in einer offenen Gesprächskultur möglich. Durch Entstigmatisierung

des Ekels in der Pflege und des Ermöglichen von Feedbackgesprächen zu Ekelsituationen kann psychischen Belastungen entgegengewirkt und ein vorzeitiger Ausstieg aus dem Beruf vermieden werden.

Auch das Bereitstellen erforderlicher Ressourcen ist Aufgabe der Institution. Fehlt es den Studierenden an Schutzkleidung und angemessenen Hilfsmitteln wird das Ekelempfinden verstärkt. Dem kann entgegengewirkt werden, indem Ressourcen geschaffen und Arbeitsbedingungen verbessert werden.

## **6.2. Relevanz für Lehre**

Um eine angemessene Auseinandersetzung mit dem Thema Ekel ermöglichen zu können, ist bereits zu Beginn der Ausbildung klar zu kommunizieren, dass Ekel im Pflegeberuf okay und normal ist. Studierende sollten wissen, dass Ekel individuell ist und dementsprechend individuelle Strategien eingesetzt werden müssen, um herausfordernde Situationen bewältigen zu können. Es sollte aufgezeigt werden, welche Arten des Ekels in der Pflege auftreten können und welche Strategien helfen können, sollten diese als Belastung wahrgenommen werden.

In der Untersuchung wurde beschrieben, dass sich die Theorie von der Praxis oftmals unterscheidet und Studierende sich nicht adäquat auf die Praxis vorbereitet fühlten. Das fehlende Wissen über die Bedeutung von Ekel in der Pflege führte zu Überforderung und Überraschungsmomenten, da Studierende nicht ausreichend auf die Praxis und potenzielle Ekel-Erlebnisse vorbereitet waren. Es sollten demnach Konzepte angedacht werden, die es im Rahmen der Ausbildung ermöglichen, praktische Übungen so realitätsnahe wie möglich auszuführen. Der Einsatz von Virtual Reality (VR) Brillen zu rollenbasierten Falltrainings könnten hierbei einen Nutzen darstellen, um Auszubildende in eine simulierte Realität zu versetzen, die sie auf die Pflegepraxis vorbereitet (Hejna et al., 2023). Auch Simulations-basiertes Lernen kann dazu dienen, die Perspektive erkrankter Personen einzunehmen und Empathie fördern (Plotzky et al., 2021). Das wiederum wirkt sich positiv auf die Emotionsarbeit im Sinne des „deep acting“ aus. Ergänzend dazu könnten bei Übungen am dritten Lernort Geräusche und Gerüche aus der Praxis eingesetzt werden, um Pflegesituationen realitätsnahe nachspielen zu können. Es ist wichtig, dass Studierende sich nicht vom Ekelgefühl überwältigt fühlen, wenn sie das erste Mal im Praktikum sind. Viele Eindrücke wirken erst belastend, wenn sie unerwartet auftreten. Es ist daher Aufgabe der Bildungseinrichtung und Lehrpersonen, die Theorie und Praxis zu verknüpfen, um

Auszubildende bestmöglich vorzubereiten. Zusätzlich sollten auch bei der Vermittlung pflegerischer Kompetenzen Herausforderungen bei Pflegemaßnahmen thematisiert werden.

Weiters wird erkennbar, dass es Studierenden wichtig ist, zu Pflegende zu schützen, indem sie negative Empfindungen verbergen und Positives vermitteln. Dies gleich den Beschreibungen der Emotionsarbeit (Hochschild, 2012). Es sollte in der Lehre mit aufgegriffen werden, wie, abseits vom Oberflächenhandeln, der Anpassung des Ausdrucks nach außen hin, auch Tiefenhandeln ermöglicht werden kann. Beim Tiefenhandeln wird im Gegensatz zur Anpassung nach außen hin, die Emotion bzw. das Empfinden selbst angepasst. Auch Krey (2004) beschreibt die Aktivierung positiver Emotionen als Bedingung und wesentliche Ressource, um die Ekel-schwelle zu verschieben. Studierende sollten lernen, wie sie nicht nur gewünschte Emotionen präsentieren, um professionell zu wirken, sondern das Gefühl, das vermittelt werden soll, auch wirklich wahrnehmen. Dies sollte in Unterrichtskonzepten mit aufgegriffen werden, da es nicht nur im Umgang mit Ekel, sondern auch mit anderen belastenden Situationen helfen kann.

### **6.3. Relevanz für Forschung**

Da Ekel und der Umgang mit der Emotion eine Haltung der Akzeptanz und Toleranz erfordern, ist hier noch viel Forschungs- und Aufklärungsbedarf notwendig. Da Unterschiede in der Wahrnehmung von Ekel zwischen ausgebildeten Pflegepersonen und den Auszubildenden ersichtlich wurden, sollte erhoben werden, welche Haltung ausgebildete Pflegepersonen im Umgang mit Ekel haben und inwiefern sich dies auf die Betreuung der zu Pflegenden auswirkt.

Zudem sollte aufgrund des bestehenden Tabus von Ekel in der Pflege untersucht werden, wie die Enttabuisierung in der Pflegepraxis stattfinden kann, um Pflegepersonen aber auch Auszubildenden Reflexionen und angemessene Bewältigungsstrategien zum Erhalt der persönlichen Gesundheit und des Aufrechterhaltens der Pflegequalität zu ermöglichen.

Darüber hinaus sollten Vor- und Nachteile der Gewöhnung untersucht werden, da hier im Rahmen der Untersuchung noch nicht klar hervorgeht, inwieweit dies langfristig betrachtet einen Einfluss auf das Verhalten gegenüber Patient:innen hat. Krey (2004) beschreibt hier einen Prozess des Abstumpfens. Dies sollte überprüft werden und mögliche Nutzen und Risiken der Gewöhnung aufgegriffen werden.

Da Studierende dieser Untersuchung beschreiben, dass die Reflexion mittels Tagebuch aber auch mit Studienkolleg:innen, Familienangehörigen, Praxisanleiter:innen und Kolleg:innen sowie Lehrerenden einen Nutzen darstellen kann, sollten verschiedene Reflexionstools als Ekel-Bewältigungsstrategie überprüft werden. Weiters hat sich gezeigt, dass es Auszubildenden leichter fiel mit Pflegepersonen über Ekel zu sprechen, wenn diese erst wenige Berufsjahre absolvierten. Dahingehend wäre interessant, inwiefern sich durch den Einstieg neuer Kolleg:innen, welche Ekel als normal und Teil der Pflege ansehen, ein Paradigmenwechsel von „Ekel ist Tabu“ zu „Ekel darf sein“ zeigen wird.

Es sollten Patient:innen zu Ekel in der Pflege befragt werden, um herauszufinden, inwiefern Patient:innen den Ausdruck von Ekel bei Pflegepersonen erleben. Die Erweiterung der Perspektive könnte einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, wie mit Ekel in der Pflege umgegangen werden kann, ohne die Gesundheit der Patient:innen oder der Auszubildenden und Pflegepersonen zu gefährden.

Bisher wurden zudem kaum Strategien im Umgang mit Ekel aufgezeigt, die bereits angewendet werden und auch langfristig Handlungsfähigkeit ermöglichen. Da im Rahmen dieser Untersuchung lediglich Studierende im vierten Semester befragt wurden, stellt sich auch die Frage, inwiefern sich das Ekelempfinden von Personen im ersten Ausbildungsjahr unterscheidet und welche Auswirkung das Führen eines Ekel-Tagebuchs und die anschließende Reflexion haben kann.

Diese Untersuchung bietet zwar einen Einblick in das Erleben der Auszubildenden aus dem vierten Semester für Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, jedoch fehlt es den Studierenden an einem greifbaren Konzept, das die Individualität und Heterogenität des Ekels im Pflegekontext erfasst. Im Rahmen der Recherche konnte kein pflegerisches Konzept zu Ekel gefunden werden. Die Modelle von Rozin et al. (2008) und Tybur et al. (2013) sind aus dem Bereich der Psychologie und obwohl einige Aspekte der Modelle auf die Situationen der Studierenden zutreffen, handelt es sich im pflegerischen Kontext um ein Setting, mit besonderen Rahmenbedingungen. In diesem Bereich steht die Betreuung pflegebedürftiger, kranker Menschen und der Schutz vulnerabler Gruppen im Vordergrund. Es wäre erforderlich, Ekel im Pflegekontext genauer zu betrachten und in ein Konzept einzubetten, um diese Emotion für Auszubildende, Pflegepersonen und Lehrende greifbarer zu machen.

## 7. Literaturverzeichnis

Barbagallo, M. S. (2021). Nursing students' perceptions and experiences of reflective practice: A qualitative meta-synthesis. *Teaching and Learning in Nursing*, 16(1), 24-32. <https://doi.org/10.1016/j.teln.2020.07.006>

Benfer-Breisacher, A. (2018). „Resilienz in der Pflege“ – von Anfang an! Implementierung des Konzeptes „Resilienz“ in das Curriculum der Pflegeausbildung zur Förderung der psychischen Gesundheit von Pflegeschülern. *PADUA*, 13(3), 195–202. <https://doi.org/10.1024/1861-6186/a000438>

Braun, V., & Clarke, V. (2022). *Thematic Analysis – A practical guide*. SAGE.

Bundesgesetzblatt II Nr. 58/2021. Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, mit der besondere Schutzmaßnahmen gegen die Verbreitung von COVID-19 getroffen werden (4. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung – 4. COVID-19-SchuMaV). Verfügbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/20011470/4.%20COVID-19-SchuMaV%2c%20Fassung%20vom%2014.05.2021.pdf?FassungVom=2021-05-14> (31.05.2023)

Chapman, H. A., & Anderson, A. K. (2012). Understanding Disgust. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1251(1), 62-76. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2011.06369.x>

Curtis, V., de Barra, M., & Aunger, R. (2011). Disgust as an adaptive system for disease avoidance behavior. *Phil. Trans. R. Soc. B*, 366(1563), 389-401. <http://dx.doi.org/10.1098/rstb.2010.0117>

Darwin, C. (1872). *The Expression of the Emotions in Man and Animals*. John Murray.

Dudenredaktion (o.J.). Ekel, der. In *Duden Online*. Verfügbar unter: [https://www.duden.de/rechtschreibung/Ekel\\_Gefuehl\\_Abscheu](https://www.duden.de/rechtschreibung/Ekel_Gefuehl_Abscheu) (13.09.2022)

Ekman, P. (1992a). Are there Basic Emotions? *Psychological Review*, 99(3), 550-553. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-295X.99.3.550>

Ekman, P. (1992b). An Argument for Basic Emotions. *Cognition and Emotion*, 6(3/4), 169-200. <https://doi.org/10.1080/02699939208411068>

Ekman, P. (1999). Basic Emotions – Chapter 3. In T. Dalgleish & M. J. Power (Hrsg.), *Handbook of Cognition and Emotion* (S. 45-60). John Wiley & Sons.

Ekman, P., & Cordaro, D. (2011). What is meant by calling emotions basic. *Emotion Review*, 3(4), 364–370. <https://doi.org/10.1177/1754073911410740>

Ekman, P., Sorenson, E. R., & Friesen, W. V. (1969). Pan- cultural elements in facial displays of emotions. *Science*, 164(3875), 86–88. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1126/science.164.3875.86>

Fachhochschule Wiener Neustadt (FHWN) (o.D.). *Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege – Studienplan*. Verfügbar unter: <https://www.fhwn.ac.at/studiengang/allgemeine-gesundheits-und-krankenpflege#curriculum> (10.02.2023)

Fergus, T. A., & Valentiner, D. P. (2009). The Disgust Propensity and Sensitivity Scale–Revised: An examination of a reduced-item version. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(5), 703-710. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.02.009>

Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) (idgF). Gesundheits- und Krankenpflegegesetz BGBl. I Nr. 108/1997 i. d. F. BGBl. I Nr. 8/2016. Verfügbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Bundesnormen/NOR40179692/NOR40179692.pdf> (11.02.2023)

Götz, A. R., Lee, H., Cogle, J. R., & Turkel, J. E. (2013). Disgust propensity and sensitivity: Differential relationships with obsessive-compulsive symptoms and behavioral approach task performance. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related-Disorders*, 2(4), 412-419. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jocrd.2013.07.006>

Hadjittofi, M., Gleeson, K., & Arber, A. (2020). The experience of disgust by healthcare professionals: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 110, 103720. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103720>

Hadjittofi, M., Gleeson, K., & Arber, A. (2021). The experience of disgust by nursing and midwifery students: An interpretative phenomenological approach study. *Nursing Inquiry*, 29(2), 1-12. <https://doi.org/10.1111/nin.12427>

Hejna, U., Hainke, C., Pfeiffer, T., & Seeling, S. (2023). Mehrbenutzer-VR-Anwendungen für ein rollenbasiertes Falltraining – Ein explorativer Einsatz im Kontext der Pflegeausbildung. *Medien Pädagogik*, 51(2), 314-344. <https://doi.org/10.21240/mpaed/51/2023.01.23.X>

Hochschild, A. R. (2012). *The managed heart - Commercialization of Human Feeling* (3. Aufl.). University of California Press. <https://doi.org/10.1525/9780520951853>

Hornung, S., Lampert, B., Glaser, J., & Weigl, M. (2019): Emotionsarbeit und Burnout bei Altenpflegekräften: Ein arbeitspsychologisches Phasenmodell. In Angerer, Gündel Brandenburg, Nienhaus, Letzel & Nowak (Hrsg.), *Arbeiten im Gesundheitswesen* (S. 106-120). Ecomed.

Johns, C. (2004). *Selbstreflexion in der Pflegepraxis. Gemeinsam aus Erfahrungen lernen*. Hans Huber.

Krey, H. (2004). Gefühlsregulierung in der Pflegeausbildung – Eine Untersuchung zum Ekelempfinden von Auszubildenden in der Pflege im 3. Ausbildungsjahr. *Forum: Qualitative Sozialforschung*, 5(1). <https://doi.org/10.17169/fqs-5.1.654>

Krey, H. (2015). *Ekel ist okay – Ein Lern- und Lehrbuch zum Umgang mit Emotionen in Pflegeausbildung und Pflegealltag* (2. Aufl.). Mabuse Verlag.

Kunz, A. M. (2015): Log- und Tagebücher als Erhebungsmethode in ethnographischen Forschungsdesigns. In Hitzler, Gothe (Hrsg.), *Ethnographische Erkundungen, Erlebniswelten* (S. 141-161). Springer.

Lamnek, S., & Krell, C. (2016). *Qualitative Sozialforschung* (6. Aufl.). Beltz.

Mayer, H. (2022). *Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung* (6. Aufl.). Facultas.

Monkkee - das sichere Online-Tagebuch - privat und kostenlos. (o. D.). Verfügbar unter: <https://monkkee.com/de> (11.03.2023)

Muggleton, J., Guy, H., & Howard, R. (2014). Breaking the taboo: an interpretative phenomenological analysis of healthcare professionals' experience of caring for palliative patients with disgusting symptoms. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 5 (2) , 1–7. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2014-000698>

Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (OEGKV) (o.D.). *Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege – BSc Gesundheit. Fachhochschule Wiener Neustadt*. Verfügbar unter: [https://oegkv.at/site/assets/files/1635/bsc\\_fhwn\\_allgemeinegesundheitsundkrankenpflege\\_fhwn.pdf](https://oegkv.at/site/assets/files/1635/bsc_fhwn_allgemeinegesundheitsundkrankenpflege_fhwn.pdf) (10.02.2023)

Olatunji, B. O., Haidt, J., McKay, D., & David, B. (2008). Core, animal reminder, and contamination disgust: Three kinds of disgust with distinct personality, behavioral, physiological, and clinical correlates. *Journal of Research in Personality*, 42(5), 1243-1259. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2008.03.009>

Özkan, I. I., Taylan, S., Adibelli, D., & Yilmaz, F. T. (2019). Investigation of the relationship between nursing students' disgust sensitivity and caring behaviours. *Nurse Education in Practice*, 54, 103090. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103090>

Panksepp, J. (2007). Criteria for Basic Emotions: Is DISGUST a primary “emotion”? *Cognition and Emotion*, 21(8), 1819-1828. <https://doi.org/10.1080/02699930701334302>

Piechotta-Henze, G. (2019). Unsichtbar und nicht wertgeschätzt – Emotionsarbeit im Verlauf der pflegerischen Berufsgeschichte. In C. Eisele (Hrsg.), *Pflegepersonen im Fokus – Gestaltungsmöglichkeiten für einen tabufreieren Umgang mit Gefühlen in der Pflege* (S. 9-21). Facultas.

Plotzky, C., Lindwedel, U., Sorber, M., Loessl, B., König, P., Kunze, C., Kugler, C., & Meng, M. (2021). Virtual reality simulations in nurse education: A systematic mapping review. *Nurse Education Today*, 101, 104868. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104868>

Rädiker, S., & Kuckartz, U. (2019). Audio- und Videoaufnahmen transkribieren. In: *Analyse qualitativer Daten mit MAXQDA* (43-52). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-22095-2\\_4](https://doi.org/10.1007/978-3-658-22095-2_4)

Ringel, D. (2017): *Ekel in der Pflege - eine gewaltige Emotion* (5. Aufl.). Mabuse Verlag.

Robert Koch-Institut (RKI), Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring (2021). Epidemiologischer Steckbrief zu SARS-CoV-2 und COVID-19. Verfügbar unter [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Steckbrief.html?nn=13490888#doc13776792bodyText2](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html?nn=13490888#doc13776792bodyText2) (31.05.2023)

Rozin, P., Haidt, J., & McCauley, C. R. (2008). Disgust. In M. Lewis, J.M. Haviland-Jones & L.F. Barret (Hrsg.), *Handbook of Emotions* (3. Aufl.). (S. 757-776). Guilford Press.

Tybur, J. M., & de Vries, R. E. (2013). Disgust sensitivity and the HEXACO model of personality. *Personality and Individual Differences*, 55(6), 660-665. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2013.05.008>

Tybur, J. M., Lieberman, D., Kurzban, R., & DeScioli, P. (2013). Disgust. Evolved Function and Structure. *Psychological Review*, 120(1), 65-84. <https://doi.org/10.1037/a0030778>

Tracy, J. L., Steckler, C. M., & Heltzel, G. (2019). The Physiological Basis of Psychological Disgust and Moral Judgments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 116(1), 15-32. <https://doi.org/10.1037/pspa0000141>

Van Overveld, W. J. M., de Jong, P. J., Peters, M. L., Cavanagh, K., & Davey, G. C. L. (2006). Disgust propensity and disgust sensitivity: Separate constructs that are differentially related to specific fears. *Personality and Individual Differences*, 41(7), 1241–1252. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.04.021>

Vicario, C. M., Rafal, R. D., Martino, D., & Avenanti, A. (2017). Core, social and moral disgust are bounded: A review on behavioral and neural bases of repugnance in clinical disorders. *Neuroscience and Behavioral Reviews*, 80(2017), 185-200. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.05.008>

Winter, C. (2021): *Emotionale Herausforderungen in der Praxisausbildung – Konzeptentwicklung einer persönlichkeitsstärkenden Praxisbegleitung* (2. Aufl.). Mabuse Verlag.

Zoer, E., Burzler, M., Kraut, E., & Schweighofer, M. (2022). Mittelpunkt Mensch? Personenzentrierung als Rahmen für die Mensch-Maschinen- Interaktion im Gesundheitsbereich. In G. Lux & D. Matusiewicz (Hrsg.), *Pflegemanagement und Innovation in der Pflege*. (347-358). Springer Gabler. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-35631-6\\_26](https://doi.org/10.1007/978-3-658-35631-6_26)

## 8. Anhang

### 8.1. Informationsschreiben



An teilnahmeinteressierte  
Studierende der allgemeinen Gesundheits-  
und Krankenpflege

**Institut für Pflegewissenschaft**  
Alser Straße 23/12  
A-1080 Wien  
Tel: +43 1 4277-498 01  
E-Mail: [pflgewissenschaft@univie.ac.at](mailto:pflgewissenschaft@univie.ac.at)  
Internet: <https://pflgewissenschaft.univie.ac.at>

E-Mail der Forscherin:  
[sandra.schwarz@unet.univie.ac.at](mailto:sandra.schwarz@unet.univie.ac.at)

#### **Informationsschreiben über die Studie „Ekel bei Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege – Eine qualitative Untersuchung im tertiären Bildungssektor“**

Sehr geehrte Studierende,

ich freue mich, dass Sie sich für dieses Forschungsprojekt interessieren und ggf. bereit sind, an der Studie teilzunehmen. Dieses Schreiben dient dazu, Sie über das Ziel der Studie sowie über das Vorgehen zu informieren. Bitte lesen Sie sich den Text aufmerksam durch. Wenn Sie noch Fragen haben, beantworte ich Ihnen diese gerne. Die Teilnahme an der Studie **„Ekel bei Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege – Eine qualitative Untersuchung im tertiären Bildungssektor“** ist freiwillig.

Die Studie wird im Rahmen der Abschlussarbeit für den Masterstudiengang Pflegewissenschaft an der Universität Wien durchgeführt.

#### **Hintergrund**

Angehörige des gehobenen Dienstes und Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege stellen sich im Rahmen ihrer praktischen Tätigkeit an Menschen Situationen, die Ekel hervorrufen können. Es bedarf edukativer Maßnahmen im Umgang mit Ekel für angehende Pflegenden. Ziel dieser Arbeit ist es, bestehendes Wissen über Ekelempfinden bei Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege im Rahmen ihrer praktischen Ausbildung zu vertiefen. Die Ergebnisse sollen in weitere Folge der Entwicklung von Unterrichtskonzepten dienen, damit Auszubildende bei ihrer Tätigkeit in ekelerregenden Situationen handlungsfähig bleiben.

### **Warum wird das Forschungsprojekt durchgeführt?**

Aufgrund Ihrer Erfahrungen können Sie mir einen Einblick in Ihren **Praktikumsalltag** während Ihrer Ausbildung geben. Ein Austausch darüber, was Sie momentan erleben oder bereits erlebt haben, kann mir helfen, Ihr Empfinden zu verstehen sowie Bedürfnisse besser wahrzunehmen.

### **Wie läuft das Forschungsprojekt ab?**

Sollten Sie sich entschließen, an diesem Forschungsprojekt teilzunehmen, werde ich, Studentin des Departments für Pflegewissenschaft an der Universität Wien, ein etwa einstündiges Gespräch an einem für Sie angenehmen Ort führen. Aufgrund der derzeitigen Situation, bedingt durch Covid-19, bietet sich alternativ ein video-conferencing-Interview via MS-Teams an. Dabei werden Ihnen Fragen zum Ekelempfinden während Ihrer praktischen Tätigkeit im Rahmen Ihrer Ausbildung gestellt. Diese können Sie im Laufe des Gespräches beantworten. Das Gespräch wird auf Tonband aufgenommen und anschließend in eine schriftliche Form übertragen.

Zuvor bitte ich Sie während Ihres Praktikums 3 Monate lang Situationen, in denen Sie Ekel empfinden, mithilfe eines Tagebuchs schriftlich festzuhalten. Ich erkenne den Aufwand, der mit dem Führen des Tagebuchs einhergeht und als ehemalige Studentin für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege weiß ich, wie wertvoll die neben dem Studium übrig gebliebene Freizeit ist. Daher rechne ich es Ihnen in hohem Maße an, wenn Sie sich für die Teilnahme an der Studie entscheiden.

### **Warum werden Sie um eine Teilnahme an dieser Forschung gebeten?**

Es steht nicht fest, ob Sie aus der Teilnahme an der Studie einen direkten Nutzen haben werden. Die Teilnahme bietet Ihnen jedoch die Möglichkeit Situationen aus dem Praktikum zu reflektieren. Das, was Sie mir in dem Gespräch mitteilen oder im Tagebuch an Erfahrungen festgehalten wird, trägt zudem zu einem tieferen Verständnis für Pflegende, PflegewissenschaftlerInnen und PädagogInnen bei. Nicht nur, dass Sie eine wichtige Rolle für die Wissenserweiterung darstellen, Sie bekommen auch einen Einblick in die qualitative Forschung und lernen qualitative Erhebungsmethoden wie die Diary Method und qualitative Interviews hautnah kennen. So gewinnen Sie gleich einen Eindruck von pflegewissenschaftlicher Forschung und deren Bedeutung (für die Praxis).

Die Teilnahme an dieser Studie ist grundsätzlich mit keinen Risiken verbunden.

### **Welche Rechte haben Sie?**

Die Teilnahme an diesem Forschungsprojekt ist freiwillig. Sie können jederzeit während der Führung des Tagebuchs und auch nach Beginn des Interviews, durch mündliche oder schriftliche Mitteilung an mich Ihr Einverständnis an der Teilnahme zurückziehen. Es bedarf hierzu keiner näheren Begründung. Die Ablehnung der Teilnahme oder ein vorzeitiges Ausscheiden hat keine nachteiligen Folgen für Sie. Auch nach Abschluss der Erhebung haben Sie zu jeder Zeit das Recht, Ihre Daten mit einer Mitteilung an mich in mündlicher oder schriftlicher Form zu widerrufen. Ihre Tagebucheinträge, sowie Tonbandaufnahme und deren Verschriftlichung werden dann vernichtet. Ich bitte um Ihr Verständnis, dass dies jedoch nach der endgültigen Auswertung der Daten nicht mehr möglich ist.

Ich möchte darauf hinweisen, dass die Teilnahme an der Studie einerseits das Führen des Tagebuchs und sowie die mündliche Befragung vorsieht. Das eine, ohne dem anderen führt zu keinem verwertbaren Ergebnis. Daher sollte im Vorfeld geklärt sein, ob Sie an der gesamten Studie teilnehmen möchten.

### **Was geschieht mit den in diesem Forschungsprojekt gesammelten Informationen?**

Ich versichere Ihnen, dass Ihre Unterlagen vertraulich und anonym behandelt werden und keine Rückschlüsse auf Ihre Person zulassen. Der Zugang zu Ihren Daten, die nur zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet werden, obliegt ausschließlich mir, der Forscherin, welche der Schweigepflicht unterliegt. Ihr Name wird an keiner Stelle im Forschungsmaterial erscheinen. Das gilt auch für eine etwaige Veröffentlichung der Forschungsergebnisse.

Ihre Daten werden im Rahmen dieser Untersuchung auf dem Server der Universität Wien gespeichert. Auf Wunsch werde ich Sie gerne nach Abschluss der Studie über die Ergebnisse der Untersuchung informieren.

### **Allgemeine Informationen zum Datenschutz:**

Sie haben folgende Rechte hinsichtlich der Sie betreffenden personenbezogenen Daten

- Recht auf Auskunft,
- Recht auf Berichtigung,
- Recht auf Löschung,
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung,
- Recht auf Datenübertragbarkeit
- Recht auf Widerruf.

Diese Rechte können Sie bei mir, der verantwortlichen Forschenden, geltend machen.

Außerdem besteht das Recht auf Beschwerde bei der österreichischen Datenschutzbehörde, Wickenburggasse 8, 1080 Wien, Telefon: +43 1 52 152 0, E-Mail: [dsb@dsb.gv.at](mailto:dsb@dsb.gv.at).

Bei Fragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung. Meine Kontaktadresse finden Sie am Anfang des Informationsblattes.

Ich bedanke mich herzlich für Ihr Interesse und freue mich, wenn Sie sich für die Teilnahme entscheiden.

Mit freundlichen Grüßen,

Sandra Schwarz, BSc.

## 8.2. Einverständniserklärung



UNIVERSITÄT WIEN  
INSTITUT FÜR PFLEGEWISSENSCHAFT  
FAKULTÄT FÜR SOZIALWISSENSCHAFTEN

**Einverständniserklärung zur Teilnahme am Forschungsprojekt  
„Ekel bei Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege – Eine qualitative  
Untersuchung im tertiären Bildungssektor“**

### Einverständniserklärung

Name TeilnehmerIn (*Druckbuchstaben*):.....

Geb. Datum:.....

Code:.....

Ich wurde von der verantwortlichen Person dieses Forschungsprojektes (Sandra Schwarz) vollständig über Wesen, Bedeutung und Tragweite des Forschungsprojektes aufgeklärt. Ich habe das Informationsmaterial gelesen und verstanden. Ich hatte die Möglichkeit Fragen zu stellen, habe die Antworten verstanden und habe zurzeit keine weiteren Fragen mehr. Ich bin über die möglichen Nutzen und Risiken dieses Forschungsprojektes informiert.

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

Ich bin damit einverstanden, dass in diesem Forschungsprojekt Daten von mir aufgezeichnet werden. Mir ist bekannt, dass meine Daten anonym gespeichert und ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden.

Ich habe eine Kopie des schriftlichen Informationsmaterials und der Einwilligungserklärung erhalten. Hiermit erkläre ich meine freiwillige Teilnahme an diesem Forschungsprojekt.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift TeilnehmerIn

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Forscherin

### 8.3. Instruktionen für Ekel-Tagebuch

## Mein EKEL- Tagebuch

PB01



Vielen Dank für die Teilnahme an der Studie „**Ekel bei Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege – Eine qualitative Untersuchung im tertiären Bildungssektor**“. Ich bitte Sie im Laufe der nächsten **3 Monate** (Mai, Juni, Juli/August) Ihre Gedanken, Erfahrungen und Empfindungen zum Thema Ekel während der praktischen Ausbildung festzuhalten.

Das Tagebuch soll so **zeitnahe** wie möglich (nach jedem Praktikumstag) ausgefüllt werden, um Verzerrungen zu vermeiden. Für die Tagebucheinträge verwenden Sie das Online-Tagebuch **monkkee.com**. Um Einträge verfassen zu können, erstellen Sie bitte einen Account mit Email-Adresse und Passwort. **Wichtig:** Das Passwort darf nicht vergessen werden, da es keine Möglichkeit gibt, das Passwort wiederherzustellen oder ein neues zu vergeben!

Hier der Link zum Online-Tagebuch: <https://www.monkkee.com/de/>

Die Länge der Einträge wird nicht vorgegeben. Schreiben Sie so viel oder so wenig wie Sie es für angemessen halten. Bitte senden Sie mir nach jedem Monat die Einträge per Email an [sandra.schwarz@fhwn.ac.at](mailto:sandra.schwarz@fhwn.ac.at) zu. Dazu erstellen Sie eine PDF-Datei der Tagebucheinträge.

Die hier angeführten Leitfragen dienen als Orientierung und sollen Ihnen dabei helfen, die Situationen zu reflektieren und das Geschehene und Erlebte zu verschriftlichen.

### Leitfragen

Beschreiben Sie die Situation, in der Sie Ekel empfanden!

Wie äußerte sich der Ekel? Was haben Sie gedacht oder gefühlt?

Was war gut und was war schlecht an der Erfahrung?

Wie haben Sie sich verhalten? Wie haben Sie darauf reagiert?

Was hätten Sie sich in der Situation oder kurz danach gewünscht?

*viel Spaß! ☺*

## 8.4. Interviewleitfaden

### IV Fragen nach Ekel-Tagebuch

#### Einstieg:

Nun hast du das vierte Semester des Bachelorstudiengangs AGKP abgeschlossen. Du hast theoretischen Input bekommen und auch praktische Erfahrung gesammelt.  
In den letzten drei Monaten hast du dich explizit auf das Gefühl des Ekel fokussiert.  
**Erzähl doch mal, wie war das/ wie ist er dir dabei ergangen?**

(Rückblick: Beschreibung Zeit während Praktika in Hinblick auf Ekel, Vergleich zu vorigen Praktika ohne Reflexion?)

#### Konkretes Nachfragen:

Was verursachte bei dir den Ekel/das Ekelgefühl?  
Wie äußerte sich der Ekel?  
Wenn du an die drei Monate zurückblickst, was ist dir besonders im Gedächtnis geblieben?  
Welche Herausforderungen stellten sich in der/den Situation(en)?  
Welche Strategien hast du eingesetzt, um handlungsfähig zu bleiben?  
Welche Strategien hast du eingesetzt/für dich entwickelt, um den Ekel/das Ekelgefühl erträglich(er) zu gestalten/machen?

#### Aufrechterhaltungsfrage

„Wie ging es weiter?“  
„Was fällt dir sonst noch ein?“  
„Und sonst?“  
„Und weiter?“  
„Was bringst du mit Ekel in der Pflege gedanklich noch in Verbindung?“

Was war für dich herausfordernd, wenn du dich ekeln musstest?

Ekelgefühle herauskristallisieren, Probleme erkennen und hier ansetzen, Herausforderungen aufzeigen

Wenn du nun jemanden aus dem ersten Semester treffen würdest, welche Tipps könntest du demjenigen vor dem ersten Praktikum geben, in Bezug auf Ekelgefühle?

Strategien im Umgang mit Ekel

Wie ging es dir beim Führen des Ekeltagebuchs?

Nur kurz für Beurteilung Methodik, evtl. Bezug auf Reflexion und Nutzen daraus?

Woran denkst du jetzt, wenn du den Begriff „Ekel in der Pflege“ hörst?

(Professionalisierung, Tabu, Reflexionsmöglichkeiten, Ausbildung, ...?)