


SOZIALWISSENSCHAFTLICHES INSTITUT

der Evangelischen Kirche in Deutschland 

Innere Kraftquellen in der diakonischen Pflege

Wie manifestieren sich Innere Kraftquellen in der Pflege (in diakonischen Einrichtungen)?

**Teilstudie im Rahmen des Kooperationsprojektes
„Die Neudefinition des Ethos fürsorglicher Praxis –
am Beispiel Pflege“**

Forschungsbericht

Prof. Dr. Christel Kumbruck, FH Osnabrück, WISO, Studiengang Wirtschaftspsychologie
Dipl. Ing. Wibke Derboven, TU Hamburg-Harburg, Arbeitsbereich Arbeit-Gender-Technik
Dr. Monique Wölk, Universität Hamburg, Zentrum für Hochschul- und Weiterbildung

TEXTE AUS DEM SI
Hannover 2009

Inhaltsverzeichnis

1	Fragestellung und Ziel der Studie	3
2	Empirisches Vorgehen in der Studie	7
3	Auswertung der qualitativen Interviews	8
3.1	<i>Religiös fundierte Innere Kraftquellen</i>	8
3.1.1	Hospiz.....	9
3.1.2	Altenpflege.....	10
3.1.3	Ambulante Pflege.....	11
3.1.4	Krankenhaus.....	12
3.1.5	Sonstige.....	15
3.2	<i>Ausdrucksformen (Praktiken und Überzeugungen) zur Nutzung ‚Innerer Kraftquellen‘</i> ..	16
	<i>Ergebnisse zu den Hypothesen in der qualitativen Auswertung</i> ..	21
4	Auswertung der Repertory-Grid-Interviews	26
4.1	<i>Ergebnisse über alle Bereiche hinweg</i>	27
4.2	<i>Hospiz</i>	28
4.3	<i>Altenpflege</i>	29
4.4	<i>Ambulante Pflege</i>	30
4.5	<i>Krankenhaus</i>	30
4.6	<i>Sonstige</i>	31
4.7	<i>Die wichtigsten Dimensionen im Überblick</i>	31
5	Konsequenzen für ein quantitatives Untersuchungsinstrument	33
6	Literatur	36

1 Fragestellung und Ziel der Studie

In dieser Untersuchung wird nach dem Verständnis und der Bedeutung von ‚Inneren Kraftquellen‘ in der Pflege in diakonischen Einrichtungen gefragt. Erhoben wird das Verständnis von ‚Inneren Kraftquellen‘ durch Pflegekräfte mit dem Ziel, eine Operationalisierung und Strukturierung dieses Gegenstandes zu gewinnen, um auf dieser Grundlage in einem Folgeprojekt ein quantitatives Instrument entwickeln zu können.

Gegenstand der Studie ist die Untersuchung ‚Innerer Kraftquellen‘ in der Pflege im Sinne von Coping. Unter Coping wird im Allgemeinen die psychische Bewältigung schwieriger Lebenssituationen verstanden. Für den Anwendungsbereich ‚Pflege in diakonischen Einrichtungen‘ ist mit dem Terminus Coping die Bewältigung schwieriger Pflegesituationen durch die Pflegekräfte gemeint. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Frage, welche Bedeutung religiös fundierten Kraftquellen bei Copingprozessen zukommt.

Die Nutzung ‚Innerer Kraftquellen‘ durch Pflegepersonen ist gemäß der bisherigen Forschung unter vier Aspekten bedeutsam, die im Folgenden als Hypothesen formuliert werden. Für das spezielle Untersuchungsfeld der diakonischen Pflege kann darüber hinaus eine spezifische fünfte Hypothese formuliert werden:

1. Innere Kraftquellen helfen Pflegepersonen besser bzw. leichter mit kritischen Situationen, wie z. B. mit Leiden oder Tod der Patienten oder mit schwierigen Patienten, umzugehen. In der psychologischen Forschung wird dieser Aspekt als „Coping“ bezeichnet.
2. Das verbesserte Coping-Verhalten von Pflegepersonen aufgrund des Vorhandenseins und der Nutzung ‚Innerer Kraftquellen‘ führt dazu, dass weniger Beanspruchung durch das Erleben kritischer Situationen entsteht und dadurch verursachte, gesundheitsrelevante psychisch-körperliche Stressreaktionen, wie z. B. Burn-out, seltener auftreten.
3. Die Nutzung ‚Innerer Kraftquellen‘ verhilft Pflegepersonen zu einem einfühlsameren Umgang mit den Patienten.
4. Durch den einfühlsameren Umgang der Pflegepersonen mit den Patienten können einerseits Pflegefehler verhindert werden, andererseits wirkt sich dieser Umgang positiv auf das Heilungsgeschehen der Patienten bzw. auf ihre Befindlichkeit aus. Gerade Patienten mit einem sehr ernsten Krankheitsverlauf werden durch ein einfühlsames Verhalten der Pflegepersonen dazu in die Lage versetzt, ihr Schicksal anzunehmen und damit umzugehen.
5. Im Rahmen von Diakonie spielen die ‚Inneren Kraftquellen‘, insbesondere die religiös fundierten, eine besonders wichtige Rolle.¹

Zur Überprüfung dieser Hypothesen ist es notwendig, ein Verständnis dafür zu entwickeln, welche Konstrukte sich unter dem Begriff der ‚Inneren Kraftquellen‘ zusammenfassen lassen. Da im vorliegenden Projekt die ‚Inneren Kraftquellen‘ von Pflegekräften aus dem Bereich der diakonischen Pflege im Fokus der Aufmerksamkeit stehen, gilt es zu untersuchen, wie sich diese speziell aus der Sicht von Pflegekräften manifestieren.

¹ Zur Bedeutung von Spiritualität in der Pflege siehe Giebel 2009; Huber 2009; Käppeli 2007.

Zum Untersuchungsgegenstand ‚Innere Kraftquellen‘:

Für die Pflege wurde als eine spezifische Stressreaktion das Burn-out-Syndrom beschrieben (Maslach u. a. 2001). Charakteristisch hierfür sind Reaktionen wie emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und reduziertes persönliches Engagement. Typische Konsequenzen sind höhere Fehlzeiten, häufigere Ressortwechsel, schlechtere Leistung, eingeschränkte Beziehungen zu Kollegen, familiäre Probleme sowie eine schlechtere persönliche Gesundheit. Das Burn-out-Syndrom wurde vorwiegend in Berufen beobachtet, in denen häufige und intensive persönliche Kontakte mit Patienten, Klienten oder der Öffentlichkeit stattfinden und in denen eine hohe Anforderung zur Emotionsarbeit besteht (Zapf u. a. 1999). Als besondere Belastungsfaktoren in der Pflege werden eine hohe Anzahl von Patientenkontakten, längere Arbeitszeiten mit Patientenkontakten sowie insbesondere der Umgang mit problematischen Fällen, wie z. B. Sterbenden genannt.

Arbeitspsychologische Untersuchungen haben nachweisen können, dass es eine Vielzahl von Faktoren im Arbeitsprozess gibt, die diesem Negativprozess entgegenwirken können. Sie beziehen sich u. a. auf das Erleben von ganzheitlicher Aufgabenerledigung (Hacker 2005), auf die Möglichkeit zum Eingehen auf die situativen Bedürfnislagen der Patienten (Böhle u. a. 1997), auf eine Organisationskultur mit einem Ethos, das einen guten Ausgleich von Nähe und Distanz erlaubt (Lachmann 2005), und auf die Möglichkeit zur Sinnstiftung sowie auf die Erfahrung kollegialer Unterstützung und guter Beziehungen (Holz u. a. 2004) am Arbeitsplatz.

Doch neben den äußeren Arbeitsbedingungen in der Pflege gibt es auch weitere, personenbedingte Faktoren, die dem Burn-out vorbeugen können. Dabei handelt es sich um innere Zustände oder Haltungen, die Pflegekräften dabei helfen, emotional schwierige Situationen, wie z. B. den alltäglichen Umgang mit Leid und Tod von Patienten, konstruktiv zu bewältigen. Dem religiös-spirituellen Hintergrund der Pflegekräfte kommt dabei eine besondere Bedeutung zu (Käppeli 2004). Aus diesem Grund stellt der Umgang mit Leid und Tod von Patienten einen Schwerpunkt der im Folgenden dargelegten empirischen Untersuchung dar. Dazu kommt als Stressor der Umgang mit Patienten, mit denen die Kommunikation aufgrund einer dementiellen Erkrankung (Vorderwülbecke 2005 77 ff.) oder einer aggressiv-bösartigen Haltung erschwert ist und als belastend wahrgenommen wird.

Es ist zu betonen, dass die stressmindernden Faktoren im Arbeitsprozess Pflege nicht vollständig austauschbar sind, da sie sich auf unterschiedliche Typen von Stressoren beziehen. Die äußeren Arbeitsbedingungen haben insofern eine Vorrangigkeit, weil sie, wenn sie beispielsweise durch hohe Arbeitsverdichtung sehr stressfördernd sind, den Pflegekräften nicht die Zeit lassen, die für die emotionale Bewältigung von Leid und Tod notwendigen Bewältigungsstrategien zu aktivieren. Ähnlich schränkt eine Organisationskultur mit einem Ethos, in dem die eine oder andere Seite des Nähe-Distanz-Verhältnisses gegenüber den Patienten überbetont wird, den Nutzen von ‚Inneren Kraftquellen‘ ein.

In der Psychologie wurde für die Beschreibung des Stressbewältigungsprozesses der Coping-Ansatz erarbeitet. „Coping als Bewältigen von Konflikt oder Fertigwerden mit Schwierigkeiten dient in der Hauptsache zwei Zielen. Einmal geht es darum, Person-Umwelt-Bezüge, die Stress erzeugen, zu beherrschen oder zu ändern. Das ist ein problemorientiertes Bewältigen. Zum anderen sind Stress geladene Emotionen unter Kontrolle zu brin-

gen. Dies ist ein emotionsorientiertes Bewältigen.“ (Heckhausen 1989:119) Die problemorientierte Bewältigung zielt darauf, eine Situation zukünftig unter Kontrolle zu bekommen oder sie zu meiden. Die emotionsorientierte Bewältigung besteht in der mentalen Veränderung der Bewertung von Stressoren sowie dem Aufbau eines starken Selbstvertrauens in die eigene Fähigkeit, Stress zu bewältigen. D. h. in dieser Variante erfolgt eine geänderte Wahrnehmung der eigenen Kontrolle über Stressoren. Die mentale Veränderung der Bewertung von Stressoren kann somit aus zwei Strategien bestehen. Zum ersten erfolgt eine Neubewertung der Art der Stressoren selbst, zum zweiten erfolgt die Restrukturierung der eigenen Kognition über die eigenen Stressreaktionen. Eine weitere Bewältigungsstrategie beruht auf der Inanspruchnahme sozialer Unterstützung (Holohan u. a. 1997), diese wirkt vor allem bei Frauen stressreduzierend.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch die Unterscheidung zwischen adaptiven bzw. funktionalen und maladaptiven bzw. dysfunktionalen Bewältigungsstrategien. Adaptive Bewältigungsstrategien tragen zu einer langfristigen und nachhaltigen Lösung eines Problems bei, während bei maladaptiven Bewältigungsstrategien der Ablenkungscharakter im Vordergrund steht.

Vor dem Hintergrund der vorgestellten Untersuchung im Bereich der diakonischen Pflege ist mit dem Terminus Coping die Bewältigung schwieriger Pflegesituationen durch die Pflegekräfte gemeint. Als typische Stressoren in Person-Umwelt-Bezügen kann dabei der Umgang mit schwierigen Patienten genannt werden, als typische emotionale Stressoren können dabei der alltägliche Umgang mit Leid und Sterben genannt werden. Da in der Pflege eine Kontrolle oder Vermeidung solcher Stress-Situationen nicht möglich ist – außer vielleicht, wenn eine Pflegekraft an einem Tag mit besonderer Empfindlichkeit einen Kollegen zu einem unangenehmen Patienten schickt – steht das emotionsorientierte Coping im Vordergrund.

Der Schwerpunkt der Untersuchung liegt dabei auf der Frage, welche Bedeutung religiös fundierten Kraftquellen bei Copingprozessen zukommt². Bei diesem Untersuchungsgegenstand haben wir es mit etwas recht Diffusem zu tun, nämlich mit dem Glauben an eine höhere Macht als einer allgemeinen Kraftquelle, wodurch mit dem Menschen etwas geschieht, das – so die Copingtheorie – entweder seine Sicht auf die Stressoren ändert oder ihm hilft, die Stress-Situationen als kontrollierbar bzw. veränderbar wahrzunehmen. Dieses Gesamtgeschehen soll im Folgenden als ‚Innere, religiös fundierte Kraftquelle‘ bezeichnet werden. Sie umfasst sowohl eine **allgemeinen Kraftquelle Glauben** als auch die **daraus resultierenden Bewältigungsstrategien**, die im Folgenden als **einzelne religiös fundierte Kraftquellen** bezeichnet werden; davon abgegrenzt werden **säkulare Kraftquellen**, beispielweise soziale Unterstützung, die ebenfalls erhoben werden.

In diesem Geschehen nutzen Pflegekräfte spezifische **manifeste Ausdrucksweisen**, nämlich **Praktiken** und **Rituale**, um die **Kraftquelle (Bewältigungsstrategie)** zu aktivieren. Die Bewältigungsstrategien selbst werden in unterschiedlichen Modalitäten ihrer Wirkungsweise deutlich, nämlich a) die Sicht auf die Stressoren zu ändern oder b) die Stress-Situationen als kontrollierbar bzw. veränderbar wahrzunehmen. Manchmal sind die Bewäl-

² Zur Strukturierung von Spiritualität und Religiosität als empirisches Untersuchungsthema siehe: Huber (2003), Huber (2008), Kumbruck (2008); zum Zusammenhang zwischen Religiosität und psychischen Prozessen, insbesondere zur Bewältigung von belastenden Situationen, siehe: Bucher (2007), Glock (1962), Grom (2007), Kumbruck (2008), Pargament u. a. (1998), Schnell (2008), Stark & Glock (1968), Möller & Reihmann (2003), Unterrainer & Ladenhauf (2008), Utsch (2005). Zum Zusammenhang von Pflege und Spiritualität siehe: Lubatsch (2008), Mauk & Schmidt (2004)

tigungsstrategien bereits so internalisiert, dass sie keine spezielle Praktik zur Aktivierung brauchen. Es handelt sich hierbei um **Überzeugungen**, die dauerhaft verfügbar sind. Indem man sich ihrer besinnt, dienen sie als Impulse, um die Kraftquellen „anzuzapfen“. Diese Besinnung kann als **latente Ausdrucksweise** bezeichnet werden. Als Beispiel sei die Überzeugung genannt, dass es ein Leben nach dem Tode gibt. Durch das bloße Besinnen auf diese „Gewissheit“ erhält der Tod eines Patienten eine andere Bewertung. Die Bewältigungsstrategie besteht dann im „Akzeptieren“ des Geschehens. Unter Umständen wird die Wirksamkeit der Bewältigungsstrategien in **Haltungen und Verhalten** nach außen deutlich, beispielsweise indem Pflegekräfte mehr Geduld gegenüber den Patienten zeigen.

Zum Aufbau der Studie

Zur Entwicklung eines Verständnisses der ‚Inneren Kraftquellen‘ in der Pflege in diakonischen Einrichtungen wurde ein komplexes Erhebungssetting gewählt. Mit Hilfe von Repertory-Grid-Interviews werden die individuellen Bedeutungsräume der GesprächspartnerInnen zum Begriff ‚Innere Kraftquellen‘ erhoben, wobei der Ansatzpunkt kein rein semantischer ist, sondern an den mit diesem Begriff verbundenen Aktivitäten – also der Praxis – angesetzt wird. In den Repertory-Grid-Interviews wird besonders deutlich, wie die Gesprächspartner den Bedeutungsraum ‚Innere Kraftquellen‘ strukturieren, d. h. welche Orientierungen ihnen wichtig sind und in welchen Polaritäten sie denken. Gleichzeitig werden die narrativen Anteile dieser Interviews hermeneutisch ausgewertet, um die Gültigkeit der Ergebnisse zu erhöhen. Für die hermeneutische Auswertungsweise ist das Herausarbeiten sogenannter Kernsätzen typisch. Diese eignen sich besonders gut zur Entwicklung von Items für einen Fragebogen. Zudem eignet sich der hermeneutische Auswertungsteil zur Prüfung der eingangs aufgestellten Hypothesen. Aus beiden Untersuchungsteilen werden schließlich die manifesten und latenten Ausdrucksweisen (Praktiken und Überzeugungen) sowie die dadurch aktivierten Bewältigungsstrategien herausgearbeitet. Diese können dann im Lichte der Bewältigungsstrategien gebündelt und im Hinblick auf ihre Wirksamkeit bewertet und eingeordnet werden.

Der vorliegende Bericht ist wie folgt gegliedert: Zunächst wird in Kapitel 2 das empirische Vorgehen im Rahmen der Studie beschrieben. Die im Rahmen der qualitativen Interviews gewonnenen Ergebnisse werden in Kapitel 3 vorgestellt. Im Vordergrund steht dabei die Darstellung religiös fundierter innerer Kraftquellen, die von den befragten Pflegekräften benannt wurden. Im Anschluss daran werden die Ergebnisse der Repertory-Grid-Analysen präsentiert (Kapitel 4). Sie zeigen die pflegerelevanten Charakteristika von ‚Inneren Kraftquellen‘ auf und erschließen die individuellen Bedeutungsräume der Pflegekräfte dazu. Abschließend werden in Kapitel 5 die Schlussfolgerungen und Konsequenzen für die Entwicklung eines quantitativen Untersuchungsinstrumentes zum Thema „Innere Kraftquellen in der Pflege“ dargestellt, insbesondere auch die Entwicklung von Untersuchungsdimensionen. Die im Rahmen der Interviews und Repertory-Grid-Erhebungen als bedeutsame Aussagen (Kernaussagen) identifizierten Äußerungen der Befragten werden im Anhang nach verschiedenen, sich aus der Coping-Theorie ergebenden Aspekten, geordnet aufgelistet. Sie können als Basis für die Formulierung von Beurteilungsfragen (Item-Batterien) im Rahmen eines quantitativen Erhebungsinstrumentes dienen.

2 Empirisches Vorgehen in der Studie

In der Studie wurden mit Hilfe von fünfzehn Repertory-Grid-Interviews wesentliche Erkenntnisse zu ‚Inneren Kraftquellen‘ in der Pflege gewonnen. Die Auswertung der Interviews erfolgte sowohl qualitativ hermeneutisch als auch quantitativ mittels der Repertory-Grid-Methode. In die empirische Untersuchung wurden Pflegekräfte aus den Bereichen Altenpflege, Hospiz, Krankenhaus und ambulante Pflege einbezogen. Darüber hinaus wurden auch Personen befragt, die in der Ethikberatung und in der Pflegeausbildung tätig sind. Sie sind dem Bereich ‚Sonstige‘ zugeordnet. Abgesehen von diesen beiden GesprächspartnerInnen waren alle anderen befragten Personen aktiv in der Pflege tätig und nur eine davon zusätzlich mit Aufgaben einer Pflegedienstleitung betraut.

2.1 Narrative Erhebung

Die Interviewdurchführung folgte den Anforderungen eines Repertory-Grid-Interviews. Zusätzlich bestanden die Interviews aber im ersten Teil aus einer narrativen Phase (Schütze 1977). Diese war themenfokussiert – im vorliegenden Falle stand das Thema ‚Innere Kraftquellen‘ im Mittelpunkt – und zugleich offen für weitere Aspekte, die von den Befragten im Zusammenhang mit dem Thema ‚Innere Kraftquellen‘ angesprochen wurden. Die Auswertung³ erfolgte mit Hilfe der Kernsatzmethode. Kernsätze sind natürliche Verallgemeinerungen im Fluss des Gespräches. Sie bringen auf den Punkt, was besprochen wurde. Es handelt sich somit um sich im Gesprächsverlauf ergebende, prägnante Verdichtungen oder Quintessenzen (Volmerg, Senghaas-Knobloch & Leithäuser 1986).

2.2 Repertory-Grid-Methode

Die Repertory-Grid-Methode⁴ wurde in den 1950er Jahren von Kelly (1955) entwickelt und ermöglicht die Explizierung subjektiver Bedeutungsmuster. Mit ihr können die wichtigsten Dimensionen (Konstrukte), mit denen eine Person ihre Umwelt wahrnimmt und gestaltet, aufgezeichnet werden (Bortz & Döring 2006). Kelly entwickelte diese Methode auf der Grundlage seiner „Theorie der persönlichen Konstrukte“. Nach dieser Theorie konstruieren Menschen entlang ihrer Erfahrungen und Überzeugungen ein individuelles Konstruktsystem (Weltbild), das für sie handlungsleitend ist. Dieses Konstruktsystem wird durch die Repertory-Grid-Methode empirisch erfasst. Neben dem therapeutischen Einsatz eignet sich die Repertory-Grid-Technik insbesondere zur explorativen Annäherung an Themen, die bisher wenig erforscht sind und bisher über keine differenzierten Begrifflichkeiten verfügen. Im Hinblick auf (spirituelle) Kraftquellen in der Pflege ist diese Methode geeignet, die Qualitäten von (spirituellen) Kraftquellen zu beschreiben und ihre Grenzen sprachlich zu fassen.

Ein Repertory-Grid-Interview erfasst das individuelle Konstruktsystem des Interviewten, indem der Interviewte wichtige Situationen des zu untersuchenden Feldes (Elemente) miteinander vergleicht und dabei seine Vergleichskriterien benennt. Das konkrete Vorgehen beinhaltet vier Schritte:

³ Zu methodischen Aspekten der Auswertung qualitativer Interviews siehe: Hoffmann-Riem (1980) und Steinke (1999).

⁴ Weitere Hinweise zur Durchführung dieser Methode geben: Dick (2000), Dick (2001), Fromm (1995), Raeithel (1993), Raeithel (1995), Riemann (1991), Scheer & Catina, (1993).

Auswahl der zu vergleichenden Elemente:

Die Elemente können von den ForscherInnen vorgegeben oder auch von den Interviewten selbst genannt werden. In unserer Untersuchung beschreiben die Elemente wichtige Situationen der täglichen Arbeit. Dabei haben wir Basis-Elemente vorgegeben, die von den Interviewten durch besonders belastende Arbeitssituationen ergänzt wurden.

Erhebung der Konstrukte durch Elementvergleich:

Zum Vergleich werden die Elemente den Interviewten paarweise vorgelegt und es wird danach gefragt, ob sich diese Elemente im Hinblick auf die Forschungsfrage (hier: Art der Kraftquelle) unterscheiden oder ob sie gleich sind. Für beide Antwortmöglichkeiten werden des Weiteren Fragen formuliert, die die Interviewten auffordern, die Unterscheidungskriterien (Konstrukte) in Worte zu fassen. Auf diese Weise entstehen Konstruktpaare, die das subjektive Erleben des Interviewten ausdrücken. Der Paarvergleich über die Elemente wird so lange fortgesetzt, bis sich die Konstrukte wiederholen und somit die zentralen Unterscheidungen des Interviewten erfasst worden sind.

Beurteilung aller Elemente mittels der individuellen Konstrukte:

Zum Abschluss des Interviews werden sämtliche Konstruktpaare auf sämtliche Elemente bezogen. Dafür wird der Interviewte gefragt, welcher der beiden Pole (oder Qualitäten) des jeweiligen Konstruktpaares für das jeweilige Element passender ist.

Darstellung der Ergebnisse im Raum:

Über ein mathematisches Verfahren, das Elemente und Konstrukte entlang ihrer Ähnlichkeiten bzw. Unähnlichkeiten im Raum abbildet, entsteht ein individueller Bedeutungsraum, der das subjektive Bedeutungsmuster (hier: der Kraftquellen in Pflegesituationen) abbildet.

3 Auswertung der qualitativen Interviews

Im Folgenden werden die Ergebnisse der qualitativen Interviews vorgestellt. Dabei wird in Kapitel 3.1 zunächst auf die religiös fundierten Kraftquellen eingegangen, deren Untersuchung den Ausgangspunkt der Studie darstellt. Darüber hinaus wurden im Rahmen der Interviews weitere, nicht religiös fundierte Kraftquellen identifiziert, die für die befragten Pflegekräfte eine wichtige Rolle bei der Bewältigung schwieriger Situationen in der Pflege darstellen. Dabei handelt es sich um arbeitsbezogene Kraftquellen und um private Kraftquellen. Diese werden im Folgenden ebenfalls aufgegriffen. In Kapitel 3.2 werden schließlich die verschiedenen Ausdrucksformen (Praktiken und Überzeugungen) dargestellt, die die befragten Pflegekräfte anwenden, um ihre ‚Inneren Kraftquellen‘ zu nutzen. Abschließend werden die Interviewergebnisse in Kapitel 3.3 hinsichtlich ihrer Bedeutung für die in Kapitel 1 aufgestellten Hypothesen diskutiert.

3.1 Religiös fundierte Innere Kraftquellen

Die Interviewergebnisse zur Untersuchung ‚Innerer Kraftquellen‘ in der Pflege zeigen, dass sich die genutzten Kraftquellen in den verschiedenen Pflegefeldern unterscheiden. Aus diesem Grund werden die Ergebnisse pflegfeldspezifisch dargestellt. Dabei wird neben individuellen Konstruktionen spiritueller Kraftquellen auch das Typische der Pflegefelder herausgearbeitet, sozusagen das **Grundmotiv** - bezogen auf ‚Innere Kraftquellen‘ -, das sich durch alle Gespräche des jeweiligen Pflegefeldes zieht. Es werden die Sinnkonstruktionen spiritueller Kraftquellen herausgearbeitet, die von den Pflegekräften als besonders

bedeutsam hervorgehoben wurden. Diese eignen sich auch als Einschätzungsfragen (Items) für einen Fragebogen und differenzieren, so unsere methodische Hypothese, sowohl zwischen den Pflegefeldern als auch zwischen den von uns explorativ erarbeiteten Dimensionen. In jedem Interview wurde geschaut, ob es Hinweise zur Bestätigung oder Widerlegung der eingangs formulierten Hypothesen gibt.

Es wird zudem in der Darstellung der einzelnen Pflegekräfte auf eine in der Repertory-Grid-Erhebung deutlich gewordene Unterschiedlichkeit der Pflegekräfte eingegangen (siehe auch Kapitel 4.1). Mit Hilfe der zwei Handlungsmodi „professionelle Distanz“ und „auf Barmherzigkeit beruhende Empathie“ (kurz „barmherzige Empathie“) in den Stress erzeugenden Arbeitssituationen „Umgang mit aggressiv-bösartigen Patienten“ und „Umgang mit dementiell erkrankten Patienten“ können folgende drei verschiedene Typen herausgearbeitet werden:

- Typ A: Das Verhalten gegenüber dementiell erkrankten und aggressiv-bösartigen PatientInnen ist barmherzig-empathisch zugewandt.
- Typ B: Das Verhalten gegenüber dementiell erkrankten PatientInnen ist barmherzig-empathisch zugewandt und das gegenüber aggressiv-bösartigen PatientInnen ist professionell distanziert.
- Typ C: Das Verhalten gegenüber dementiell erkrankten und aggressiv-bösartigen PatientInnen ist professionell distanziert.

3.1.1 Hospiz

Schwester Ute

„Meine tiefe Glaubensbeziehung trägt mich. Ohne sie könnte ich die Arbeit nicht machen. Ich fühle mich berufen, Barmherzigkeit, wie Jesus sie gelehrt hat, zu leben“.

Schwester Ute glaubt an ein Leben nach dem Tode. Dieser Glaube gibt ihr Kraft, die Arbeit im Hospiz durchzustehen. Aus dem Glauben zieht sie Lebenssinn sowie für ihre Arbeit eine Haltung von Barmherzigkeit und Toleranz gegenüber BewohnerInnen und KollegInnen. Diese Haltung beruht auf der Fähigkeit, nicht nur das Vordergründige zu sehen, sondern auch nach Ursachen zu schauen, und wird durch die Zwiesprache mit Gott angeleitet. Insbesondere Gebete führen zu einer inneren Gelassenheit, die Schwester Ute ausstrahlt und die sie dadurch auch an die BewohnerInnen weiter geben kann.

Der Glaube trägt sie und hilft ihr, Stressoren im Beruf wie schwere Leidensprozesse von BewohnerInnen und den Tod zu ertragen.

(In diesem Interview finden sich Hinweise zur Bestätigung der Hypothesen 1 und 3.)

Schwester Louise

„In der Zwiesprache mit Gott und in meinem Rückzugsritual finde ich Ermutigung, Besinnung und Kraft.“

Schwester Louise hilft – ganz ähnlich wie bei Schwester Ute – der Glaube, aussichtslose Situationen zu bewältigen und mutig zu sein. Für sie ist der Glaube das „Seil“, an dem sie sich festhalten kann und durch das sie verbunden ist mit einer höheren Macht, die sie lenkt und sie stützt. Wenn sie mit Situationen hadert, bekommt sie Ruhe durch Rückzug in ihr Arbeitszimmer, wo sie eine Engelsdarstellung anschauen oder Losungen lesen kann.

(In diesem Interview finden sich Hinweise zur Bestätigung der Hypothese 1.)

Als Hauptdimensionen, entlang derer Schwester Ute und Schwester Louise ihre Inneren Kraftquellen strukturieren, finden sich Professionelle Distanz versus barmherzige Empathie. Während Schwester Louise sowohl gegenüber dementiell erkrankten als auch als aggressiv-bösartig wahrgenommenen PatientInnen barmherzig-empathisch zugewandt interagiert (Typ A), interagiert Schwester Ute lediglich bei dementiell erkrankten PatientInnen barmherzig-empathisch zugewandt (Typ B).

Ein wesentliches Motiv im Hospiz ist der Glaube, dass es ein Leben nach dem Tode gibt. Nichtsdestotrotz kommen Schwester Louise Glaubenszweifel beim Tod junger Menschen. In diesen Situationen muss sie ihren Glauben wieder neu erarbeiten. Schwester Utes Glauben hat hingegen ein festeres Fundament. Ihr Glaube muss nicht beständig neu erarbeitet werden, sondern steht voraussetzungslos immer zur Verfügung.

3.1.2 Altenpflege

Pfleger Erwin

„Wenn ich ein Schema habe, einen festen Ablauf, und weiß, so und so muss ich das machen, bin ich ganz ruhig in meinen Handlungen.“

Bei Pfleger Erwin, der katholisch ist, beruht die Kraft nicht explizit auf dem Glauben, sondern eher auf der Erfahrung mit dem Tod seiner Mutter. Die Pflege und Sterbebegleitung bei der eigenen Mutter hat ihm die Gewissheit vermittelt, dass er alles durchstehen und bewältigen kann. Ihm helfen in schwierigen Situationen vor allem Routinen und die professionelle Abarbeitung der Aufgaben. Aber er betet auch für die Sterbenden. Die Gebete geben ihm das Gefühl, über seine eigentliche Aufgabe hinaus etwas Zusätzliches an die PatientInnen zu geben; man nennt dies eine supererogative Leistung. (In diesem Interview wird keine Hypothese bestätigt.)

Schwester Sabine

„Und immer wieder stelle ich mir die Frage: „Mensch machen wir es richtig, machen wir es nicht richtig?“ [Wo wird Hilfe zur Zwangsanwendung? Wo wird Geschehenlassen zur Unterlassung?]

Religiosität ist für Schwester Sabine eher ein unbewusster Begleiter am Rande, den sie meist nicht bewusst wahrnimmt. Bewusst hilft ihr der Gedanke, dass das menschliche Leben dem natürlichen Prinzip ständigen Werdens und Vergehens unterliegt, wodurch auch Sterben als Normalität angesehen werden kann.

Bei Zwangsanwendungen – beispielsweise die Verwendung von Nahrungssonden gegen den Willen der PatientInnen – ist der Glaube Quelle des Zweifels an ihrem Tun. Sterben drückt für Schwester Sabine auch Gottes Wille aus, den Menschen zu sich zu holen. Diesem Willen dürfen Menschen nicht zuwider handeln. Wichtig ist Schwester Sabine ein abschließendes Sterberitual, wenn ein Bewohner gestorben ist.

(In diesem Interview finden sich Hinweise zur Bestätigung der Hypothesen 1 und 3.)

Schwester Gisela

„Das christliche Menschenbild ist meine innere Orientierung. Diese Orientierung gibt mir den Mut und die Kraft, Regeln und Standards zu brechen und auf die Bedürfnisse der Patienten einzugehen.“

Für Schwester Gisela ist das christliche Menschenbild die innere Orientierung für ihr pflegerisches Handeln. Es gibt ihr auch in kritischen Situationen Mut und Kraft, Regeln zu bre-

chen und auf Bewohnerbedürfnisse einzugehen, beispielsweise wenn Menschen nicht essen oder nicht gewaschen werden wollen. Somit trägt das christliche Menschenbild als Werteschnur in sich eine subversive Kraft. Das christliche Menschenbild vermittelt Schwester Gisela Wertschätzung allen Menschen gegenüber, auch Dementen, denn vor Gott sind alle Menschen gleich. Und zudem gibt es ihr Handlungssicherheit in kritischen Situationen. Der Glaube hilft ihr, Berührungssängste zu vermeiden, z.B. gegenüber Toten, und impliziert ganz wesentlich das Recht auf Sterben. Er gibt ihr auch Kraft für den Umgang mit schwierigen Patienten, nämlich, in ihren Worten, „sich für aggressive Patienten zu opfern“.

(In diesem Interview finden sich Hinweise zur Bestätigung der Hypothesen 1, 2 und 3.)

Als Hauptdimensionen, entlang derer die Pflegekräfte in der Altenpflege ihre Inneren Kraftquellen strukturieren, finden sich Professionelle Distanz versus barmherzige Empathie. Schwester Gisela ist sowohl gegenüber dementiell erkrankten als auch aggressiv-bösartigen PatientInnen barmherzig-empathisch zugewandt (Typ A). Pfleger Erwin und Schwester Sabine sind hingegen lediglich gegenüber Dementen einfühlsam und agieren gegenüber aggressiv-bösartigen PatientInnen eher professionell distanziert (Typ B).

In der Altenpflege ist das „Recht auf Sterben“ ein wichtiges Thema, das entweder zu Glaubenszweifeln führt oder das eine Herausforderung an die Gläubigen evoziert, sich für das Recht auf Sterben einzusetzen. Für diese Option bietet der Glaube Handlungssicherheit. Beispielsweise findet die gläubige Schwester Gisela im Glauben Handlungssicherheit, dagegen aufzubegehren, wenn den Patienten das „Recht auf Sterben“ verweigert wird.

Ein weiteres wichtiges Motiv, das sich durch die Gespräche in der Altenpflege durchzieht, ist die vom christlichen Menschenbild abgeleitete Erkenntnis, dass vor Gott alle Menschen gleich sind. Diese Sicht führt zur Wertschätzung z. B. von Dementen. Es wird versucht, Demente in ihrer Persönlichkeit zu sehen. Bei Pfleger Erwin gibt es aber auch im Umgang mit Dementen Momente, wo er an die Grenzen seines Verständnisses kommt und er die professionell-distanzierte Rolle nutzt, um sich zu schützen („mache das, was von mir erwartet wird: komme ggf. später wieder und schaue nach demjenigen“). Die professionell-distanzierte Rolle basiert im Gegensatz zu der durch ein religiöses Selbstverständnis geprägte Rolle auf Routinen und Erfahrung.

3.1.3 Ambulante Pflege

Schwester Cleo:

„Durch die Geburt meiner Kinder und die gute Beziehung zu meinem Mann, habe ich den Glauben erfahren und ein inneres Gefühl des Angenommenseins entwickelt, was mich auch in schwierigen Situationen trägt.“

Für Schwester Cleo führt der Glaube zu Empathie mit Menschen anstelle einer Wertung der Menschen. Damit verbunden ist eine Haltung des Akzeptierens und der Geduld, so dass sie „ganz da sein“, d.h. beim Patienten sein kann. Sie fühlt sich auch in schwierigen Situationen angenommen, vom Glauben getragen, aufgefangen. Sie baut teilweise tiefe Bindungen zu den Hilfsbedürftigen und deren Angehörigen auf und ist dadurch „nicht nur in ihrer Profession, sondern als ganze Person involviert“.

(In diesem Interview finden sich Hinweise zur Bestätigung der Hypothesen 1 und 3.)

Schwester Dorothee:

„Weil ich mich in Gott geborgen fühle, habe ich ein Grundvertrauen ins Leben. Das gibt mir Gelassenheit. Und mein Naturell ist auch meine Kraftquelle. Ich bin ein fröhlicher, positiver Mensch.“

Auch Schwester Dorothee hat durch ihren Glauben ein Grundvertrauen, eine Gelassenheit und das Gefühl der Geborgenheit. Dadurch muss sie sich nicht für alles zuständig fühlen. Sie betet mit den Patienten, denn jedes Gebet vermittelt Trost für die Patienten und entlastet dadurch die Pflegekraft. Schwierige Situationen und bedürftige Menschen können im Gebet an Gott übergeben werden, der sich dann darum kümmert. Dies reduziert die Verantwortung und Last von Schwester Dorothee.

Religiosität hat, so Schwester Dorothee, angesichts des Todes einen besonderen Wert für PatientInnen, weil die Religiosität dem Tod einen Sinn gibt.

(In diesem Interview finden sich Hinweise zur Bestätigung der Hypothese 1 und 2.)

Schwester Victoria

„Wenn es ganz schlimm ist, verlässt mich mein Glaube und ich kann keine Kraft aus ihm schöpfen.“

Schwester Victoria trägt oft der Glaube, dass es irgendwann eine positive Wendung gibt. Wenn sie zufrieden mit sich ist, dann ist sie auch mit „dem da oben“ zufrieden, sonst ist sie aber auch von Zweifeln geplagt, dass Gott sie und die Patienten verlassen haben könnte. Dann kann sie keine Kraft aus ihrem Glauben schöpfen. Schwester Victoria hat an sich selbst die Erfahrung gemacht, dass dieser Mangel an Kraft bis hin zum Burn-out führen kann.

(In diesem Interview finden sich Hinweise zur Bestätigung von Hypothese 1 und zur Widerlegung von Hypothese 2.)

Als Grundthemen durchziehen die Interviews in der ambulanten Pflege, dass ambulante Kräfte ganz auf sich allein gestellt sind und dass auch PatientInnen auf sich allein gestellt sind, wenn die Pflegekräfte von ihnen weggehen. Für die Pflegekräfte ist es deshalb sehr wichtig, dass sie ihre Sorge, dass die PatientInnen sich ggf. alleine nicht helfen können, an Gott übergeben können. Durch das Vertrauen, dass Gott sich um die PatientInnen kümmert, wenn sie nicht da sind, werden die Verantwortung und Last der Pflegekräfte reduziert.

Als Hauptdimensionen, entlang derer die ambulanten Pflegekräfte ihre Inneren Kraftquellen strukturieren, finden sich professionelle Distanz versus barmherzige Empathie. Schwester Cleo und Schwester Dorothee tendieren dazu, gegenüber Dementen barmherzig-empathisch zugewandt und gegenüber Aggressiv-Bösartigen professionell zu agieren (Typ B), wohingegen Schwester Victoria gegenüber dementiell erkrankten und aggressiv-bösartigen Patientengruppen keine Barmherzigkeit lebt („Man muss nicht alle lieben“) (Typ C).

3.1.4 Krankenhaus

Pfleger Ingo (neurologische Station)

„Ich will meine Arbeit doch gut machen und das geht nicht mehr, wegen der hohen Arbeitsdichte.“

„Der Dank der Patienten ist der wichtigste Lohn. Doch der wird immer weniger, weil die Patienten alles als Service wahrnehmen, für den sie bezahlen.“

Für Pfleger Ingo ist Religiosität in gewisser Weise etwas Sinnloses. Aber die davon abgeleitete Nächstenliebe hält er für sehr wichtig, ebenso Barmherzigkeit und Moral. Aber die Nächstenliebe ist für ihn keine Kraftquelle, sondern kostet ihn Kraft. Er sieht immer weniger Möglichkeiten für Nächstenliebe in der Pflege, weil sich im Gesundheitswesen so viel verändert hat. Auf Station ist die Arbeitsdichte zu hoch und auch die Patienten verhindern Nächstenliebe, weil sie wenig vertrauen und eher nach Fehlern forschen. Für Pfleger Ingo schadet sich der mündige Patient mehr, als er sich nützt, weil das Vertrauen in die Medizin verlorengegangen und die Medizin nicht mehr magisch genug ist. (Patienten fragen sich nur noch: Was macht er jetzt wieder falsch?) Dies sei Ausdruck eines systemischen Wandels. Pfleger Ingo selbst fühlt sich dadurch frustriert und belastet.

(In diesem Interview finden sich keine Hinweise zur Bestätigung einer Hypothese.)

Schwester Christine (Innere)

„Das christliche Menschenbild prägt meine innere Haltung und damit meine tägliche Arbeit.“

Das christliche Menschenbild prägt die innere Haltung und tägliche Arbeit von Schwester Christine. Dadurch kann sie viel Respekt vor dem Gegenüber entwickeln. Auch leitet sich daraus die Anforderung ab, die Patienten so zu behandeln, wie man selbst behandelt werden will. Aber auch die Gelassenheit für konstruktive Kritik, d.h. Missstände anzusprechen, ist in diesem Menschenbild begründet. Darüber hinaus ist für Schwester Christine als Kraftquelle die religiöse Gemeinschaft (Schwesternschaft) wichtig, denn durch diese steht sie nicht mehr alleine „vor dem Ganzen“, d.h. die Schwesternschaft gibt Kraft und ist ein Ventil „Dampf abzulassen“.

Als hilfreiche Mittel zum „Aushalten“ nutzt Schwester Christine Stoßgebete (Akuthilfe).

(In diesem Interview finden sich Hinweise zur Bestätigung der Hypothese 5.)

Pfleger Victor (Station für Innere Medizin)

„Den frühen Tod meines Vaters, diesen Schicksalsschlag, hat unsere Familie bewältigt. Wir haben damals auch viel über Gott und den Sinn des Lebens geredet. Durch diesen Umgang mit unserem Schicksal weiß ich, dass ich alles bewältigen kann – auch in meiner Arbeit.“

Pfleger Victor's Basis für seinen Glauben wurde in seiner Familie angesichts des Todes seines Vaters gelegt. Das daraus gezogene Lebensgefühl, dass er „alles bewältigen kann, egal welche Problematik sich (ihm) in der Pflege stellt“, kommt ihm in der Pflege zugute. Der Glaube gibt dem Leben Sinn. Heutzutage helfen ihm in schwierigen Situationen zudem Gespräche mit dem Seelsorger. Er verbindet seine Pflegepraxis nicht unmittelbar mit seinem Glauben. Seine Haltung, die die tägliche Arbeit prägt, besteht darin, dass er Gespräche mit den Patienten oftmals wichtiger findet als die rein medizinische Versorgung.

Pfleger Victor hat in früheren Jahren (vor 10 Jahren) die damalige Anwesenheit von Diakonissen in der Pflege als identitätsstiftend empfunden. Heute hat der Einfluss des Glaubens in der Einrichtung nachgelassen und er versucht „religiöse Praktiken“ in den Pflegealltag „rüber zu retten“. Er hat dabei die Erfahrung gemacht, dass wenn Personen da sind, die religiöse Praktiken leben und initiieren (z.B. Schmücken bei Festen), dies von den anderen gerne aufgegriffen wird.

(In diesem Interview finden sich Hinweise zur Bestätigung der Hypothese 1 und zur Widerlegung der Hypothese 5.)

Pfleger David (urologische Station)

„Der Glaube bietet ein Umfeld, in dem Patienten sich trauen, über sich und den Sinn des Lebens zu sprechen. In diesem Umfeld kann ich sogar Veränderung anstoßen. In einem anderen Umfeld würde das schnell als Angriff aufgefasst werden.“

Für diesen katholischen Pfleger ist der Glaube eine Chance, mit den Patienten über den Sinn des Lebens zu sprechen und ggf. Veränderungen anzustoßen. Der Glaube hat in diesem Sinne eine Brückenfunktion. Die Einrichtung, in der er arbeitet, gibt hierzu die Chance, weil die christliche Grundstimmung für alle wahrnehmbar ist. Der Glaube ermöglicht somit, schneller und leichter über Probleme sprechen zu können (d.h. der Glaube ermöglicht tiefe, wesentliche Gespräche). Der wahrnehmbare Glaube in einer Einrichtung gibt den Patienten das Gefühl, ganz Mensch zu sein. Er verbindet die Menschen, egal ob krank oder gesund, egal ob auf Fürsorge angewiesen oder Fürsorge erteilend, denn „vor dem Herrn sind wir alle gleich“. Der Glaube vermittelt auch ein Grundverständnis, mit schweren Schicksalen umzugehen, denn „Gesundheit ist nicht das Wichtigste“, vielmehr „gehören auch schwere Dinge zum Leben“. Im Gebot der Nächstenliebe liegt auch die Motivation, die Patienten als Individuen wahrnehmen, d.h. hier hilft der Glaube, Vorurteile zu überwinden und wertschätzend mit Patienten umzugehen. Die Gewissheit einer Auferstehung vermittelt, dass im Leid und Tod Sinn und Chance liegen. Somit ist Heilung mehr, als ein medizinisches Umfeld zu schaffen, weil sie den ganzen Menschen umfasst.

(In diesem Interview finden sich Hinweise zur Bestätigung der Hypothesen 1, 3 und bedingt der Hypothese 5, da es sich um ein katholisches Haus handelt.)

Schwester Ilse (onkologische Station)

„Durch meinen Glauben, dass Gott immer bei mir ist und es ein Leben nach dem Tod gibt, habe ich keine Angst vor dem Leben und auch nicht vor dem Tod. Dadurch kann ich Ruhe und Hoffnung ausstrahlen und gelassen Situationen angehen, in denen andere Pflegekräfte sich sehr unwohl fühlen und nervös sind.“

Der Glaube an ein Leben nach dem Tode nimmt Schwester Ilse die Angst vor dem Tod. Dadurch kann sie Ruhe und Hoffnung ausstrahlen und Gelassenheit vermitteln. Sie zieht daraus die Kraft, weiter zu machen, auch wenn es wie auf ihrer Station eher wenige Erfolgserlebnisse gibt. Schwester Ilse schöpft aus dem Glauben die Gewissheit, dass Gott sich um die Patienten kümmert. Der Glaube gibt ihr auch das Vertrauen, dass Gott sich in schwierigen Situationen um sie kümmert und sie das Richtige tun oder sagen lässt, d.h. dass sie keine Fehler machen kann. Der Glauben hilft ihr, mit sich im Reinen zu sein und somit eine tiefe Fröhlichkeit von innen zu haben.

Stoßgebete helfen Schwester Ilse im Alltag. Schwester Ilse betet auch mit den PatientInnen und empfindet diese Gebete als eine große Entlastung für sich und die PatientInnen. (In diesem Interview finden sich Hinweise zur Bestätigung der Hypothesen 1 und 2.)

Als gemeinsames Thema in der Krankenhauspflege sticht der Gedanke heraus, dass Heilung mehr als medizinische Gesundheit ist. Dieses Mehr bezieht sich auf seelische und psychische Komponenten und bedarf deshalb pflegerischer Interventionen wie Beten und Kommunizieren.

Als Hauptdimensionen, entlang derer die Pflegekräfte ihre Inneren Kraftquellen strukturieren, finden sich professionelle Distanz versus barmherzige Empathie. Pfleger Ingo und Schwester Christine empfinden Barmherzigkeit gegenüber Dementen (Typ B), Pfleger Victor empfindet sowohl den Umgang mit aggressiv-bösartigen als auch dementiell erkrankten Patienten als eher lästige Pflicht (Typ C) und Pfleger David lebt sowohl gegenüber ag-

gressiv-bösartigen als auch dementiell erkrankten Patienten Barmherzigkeit (Typ A). (Für Schwester Ilse sind keine diesbezüglichen Informationen vorhanden.)

3.1.5 Sonstige

Ausbildung: Schwester Thea

„Das Vorleben insbesondere von konstruktiver Kommunikation in unserer Einrichtung hat mich innerlich für den Arbeitsalltag sehr gefestigt. Und das gemeinsame Lösen von Problemen gibt mir auch in außergewöhnlichen Situationen viel Kraft.“

Schwester Thea zieht Kraft aus der Philosophie des evangelischen Hauses, nämlich dass man Probleme mit anderen teilen kann. Dieser Gedanke hat sich in die Kommunikationsformen im Hause hineingewebt und die Pflegekräfte erleben im Alltag das Vorleben von konstruktiver Kommunikation. Die Religiosität läuft bei Schwester Thea eher unbewusst mit; beispielsweise dass sie Gespräche so führt, dass sie nicht verletzen und dass man aus Gesprächen etwas Positives herausziehen kann.

Andachten geben Schwester Thea die Kraft („beseelt sein“), den Schülern klare Vorgaben, Regeln und Strukturen zu vermitteln. Die Verwurzelung im Glauben will sie an die Auszubildenden vermitteln. Der Besuch einer Kirche ermöglicht es Schwester Thea, zur Besinnung zu kommen, wenn es ihr schlecht geht.

Als ihr Hauptmotiv des Lehrens zeigt sich, dass Schwester Thea die Philosophie des Hauses zu vermitteln versucht, insbesondere gutes Kommunizieren, und die Verwurzelung im Glauben. Ihr ist es wichtig, den Pflegeschülern sowohl professionelle Distanz als auch empathische Zuwendung im Sinne der Nächstenliebe zu vermitteln.

(In diesem Interview finden sich Hinweise zur Bestätigung von Hypothese 5.)

Ethikberatung: Schwester Monika

„Zunächst war meine Religiosität nur Anspruch, nur moralischer Druck. Sie hat mir nicht geholfen und ich habe versucht, mich dagegen zu wehren. Heute gibt sie mir Kraft, aber das musste ich mir erarbeiten“

Schwester Monika hat sich den Glauben als Kraftquelle erst erarbeiten müssen, wozu insbesondere eine Balance im Konzept Nächstenliebe zwischen Anspruch und Machbarkeit gehört. Diese Erkenntnisse möchte sie anderen Pflegekräften vermitteln. Sie hat heute als wesentliches Anliegen, die Unternehmenskultur beharrlich zu verändern in Richtung Patienten-Selbstbestimmungsrecht.

Der Glaube dient ihr dabei als Richtschnur (innerer Kompass), um zu sehen, was Patienten wollen würden (z.B. Umgang mit lebensverlängernden Maßnahmen). Der Glaube führt zu Achtsamkeit, gegenüber sich selbst, Gott und dem Nächsten, indem er es ermöglicht, das Wesentliche besser wahrzunehmen. Der Glaube hilft durch die Erkenntnis der gegebenen Polarität aus dem Göttlichen und der menschlichen Begrenztheit (bzw. der Polarität aus göttlicher Ebenbildlichkeit und irdischer Begrenztheit der Menschen), die menschlichen Unzulänglichkeiten (eigene und fremde) leichter zu akzeptieren.

Als ihr Hauptmotiv findet sich die Suche nach dem Weg, der Richtschnur. Zweifel in zwiespältigen Situationen müssen durch Kontaktaufnahme mit dem inneren Kompass aufgelöst werden. Zur Korrektur und Anpassung dieses Kompasses benötigt Schwester Monika von Zeit zu Zeit geistliche Begleitung.

(In diesem Interview finden sich Hinweise zur Bestätigung der Hypothese 1.)

Als Hauptdimensionen, entlang derer die beiden InterviewpartnerInnen ihre Inneren Kraftquellen strukturieren, finden sich professionelle Distanz versus barmherzige Empathie. Schwester Thea legt Wert auf Barmherzigkeit gegenüber Dementen (Typ B) und Schwester Monika begegnet auch Dementen manchmal mit professioneller Distanz (Typ B-C).

3.2 Ausdrucksformen (Praktiken und Überzeugungen) zur Nutzung ‚Innerer Kraftquellen‘

Die Nutzung der verschiedenen ‚Inneren Kraftquellen‘ kann auf unterschiedliche Art und Weise erfolgen. Teilweise setzen die Befragten auch dieselben oder ähnliche Ausdrucksformen ein – nämlich manifest als Praktiken (P) oder latent als Überzeugungen (Ü) – um jeweils andere Bewältigungsstrategien (Kraftquellen) „anzuzapfen“. Dabei müssen die latenten Überzeugungen absichtsvoll bewusst gemacht werden, um als Impuls zur Aktivierung von Bewältigungsstrategien genutzt werden zu können. In Tabelle 1 sind die im Rahmen der Interviews identifizierten einzelnen ‚Inneren Kraftquellen‘ (Bewältigungsstrategien) und die jeweils genutzten Ausdrucksformen zu ihrer Aktivierung aufgeführt. Dabei lässt sich nicht jeder einzelnen Kraftquelle eine einzige Ausdrucksform zu ihrer Aktivierung zuordnen. Vielmehr ist es so, dass verschiedene Personen auch verschiedene Ausdrucksformen einsetzen, um dieselbe ‚Innere Kraftquelle‘ (Bewältigungsstrategie) zu aktivieren. Ebenso gibt es viele Ausdrucksformen, die die befragten Pflegekräfte nicht unbedingt einer speziellen Kraftquelle (Bewältigungsstrategie) zuordnen oder deren Wirkung sie genau beschreiben können. In diesen Fällen wurden die Bewältigungsstrategien, wie sie sich aus dem Interview implizit ergeben, von uns aufgeschrieben. Zur besseren Unterscheidung von den explizit benannten Bewältigungsstrategien sind sie allerdings in kursiver Schrift dargestellt.

Tabelle 1: Kraftquellen und die Form ihrer Nutzung

Ausdrucksform (Praktik oder Überzeugung) zur Aktivierung von Kraftquellen	genutzte Kraftquelle (Bewältigungsstrategie)	Kraftquelle
religiös fundierte Ausdrucksformen – während der Arbeit und in der Freizeit		
(körperliches) Empfinden der Überzeugung, von Gott getragen zu werden bzw. Bilder / Vorstellungen, in Gottes Hand zu sein (Ü)	<i>Gefühl des Getragenseins</i>	
Überzeugung, dass mit dem Tod ein Punkt erreicht ist, an dem alles gut und richtig ist (Ü)	<i>Akzeptieren</i>	
Gewissheit, dass es ein Leben nach dem Tod gibt (Ü)	<i>Perspektivenwechsel</i>	
in sich hinein hören / die eigene Intuition erspüren / die göttliche Instanz in sich befragen (P)	den eigenen Weg finden und beschreiten, Kompass (<i>Handlungsorientierung</i>)	
beten, Zwiesprache mit Gott halten (P)		
alleine in der Kirche sein (P)		
Besuch von Andachten (P)		
Entwicklung eines Rückzugrituals (P)		
Gottesdienstbesuch: Predigt anhören (P)		
Gespräch mit Seelsorger (P)	einen „anderen“ Blick auf die eigenen Probleme gewinnen	

Besuch kirchlicher Bauwerke (P)	Vorstellung der Geschütztheit
Stoßgebet (P)	Mut schöpfen, um weiterzumachen
Religiöse Texte, wie z. B. einen Losungstext oder einen christlichen Kalendertext, lesen oder aufsagen (P)	<i>Zu sich finden</i>
Wichtige, regelmäßig wiederholte Botschaften von anderen Menschen, die einem nahe stehen/wichtig sind (P)	<i>Bestärkung des eigenen Tuns</i>
Barmherzigkeit leben (Ü)	<i>Aus der Bibel abgeleitete unhinterfragbare Grundhaltung</i>
Sich des Mottos, andere so behandeln, wie man selber behandelt werden möchte, vergewissern (Ü)	<i>Erleichtertes Geben können</i>
Ruhe vermitteln (P)	<i>Ruhe vermitteln können</i>
Gewissheit, dass Gott bei einem ist (Ü)	mutig sein
eine Reise ans Meer, der Blick zum Himmel (Naturerfahrung) (P)	Abstand von der Zivilisation, das Wesentliche (wieder-)entdecken
arbeitsbezogene Ausdrucksformen Kraftquelle	
Professionalität, Fortbildungen (P)	Handlungssicherheit / Erfahrungen aus ähnlichen Situationen zu früheren Zeitpunkten
Routine / Schemata abarbeiten (P)	
Austausch mit Kolleg/-innen (P)	
Distanz / Abgrenzung (gegenüber Patienten und anderen Berufsgruppen) (P)	<i>Auf professionelle Position zurückziehen</i>
Grenzen der eigenen Belastbarkeit erkennen und akzeptieren (P)	
Vertrauen in sich selbst (Ü)	<i>Selbstvertrauen</i>
eine Zigarette rauchen (P)	abschalten können
sich hinsetzen und etwas trinken (P)	
Mit Kolleg/-innen reden (P)	auch Handlungssicherheit
Kontakt zu Menschen aufbauen (P)	<i>Soziale Beziehung</i>
Religiöse Sterberituale / Gebete bei der Sterbebegleitung sprechen (P)	das Gefühl haben, etwas „mehr“ getan zu haben (Supererogation)
	Akzeptanz des Unvermeidlichen
	Vermittlung eines Gefühls von „Normalität“
den Patienten eine Freude machen, indem man ihnen einen Wunsch erfüllt / mit ihnen spricht (P)	Dankbarkeit der Patienten (Wertschätzung kompensiert)
Einfach seine Arbeit engagiert machen (P)	Erfolgserlebnisse bei der eigenen Arbeit mit den Patienten, indem man sie z. B. wieder aktiver macht / aus einer Depression herausholt
	Erinnerungen an tiefe Begegnungen mit Patienten
	Kommunikation mit Patienten
private Ausdrucksformen Kraftquelle (zu Hause)	
Kerzen anzünden (P)	Ruhe spüren
Postkarten von eigenen Ausflugszielen auf den Tisch stellen (P)	Kraft tanken durch die Erinnerung an gute / schöne Zeiten
beten, meditieren, autogenes Training (P)	<i>Gelassenheit</i>

Gespräche mit dem Ehepartner / der Ehepartnerin (P)	abschalten können
Kaffee trinken (P)	
Hobbies und andere Interessen (P)	
Computerspiele online spielen, Fernsehen (P)	
spazieren gehen / Fahrradfahren / Sport treiben / Saunabesuche (P)	ein Gefühl für den eigenen Freiraum wiedergewinnen / Abstand gewinnen
Kraftquellen aus der eigenen Persönlichkeit / Geschichte heraus	
„Grenzerfahrungen“, z. B. Tod / Pflege eines nahen Angehörigen (Ü)	<i>Gewissheit, dass man alles schafft</i>
„positives“ Naturell (Lebenslust) (Ü)	<i>Optimismus</i>
Geduld haben (Ü)	Geduld
Ruhe bewahren können (Ü)	Ruhe bewahren können

Die in Tabelle 1 aufgeführten Kraftquellen lassen sich verschiedenen Bereichen zuordnen. Prinzipiell können religiös fundierte, arbeitsbezogene und private Kraftquellen unterschieden werden. Zudem weisen einige der befragten Pflegekräfte darauf hin, dass die wichtigsten Kraftquellen für ihre Arbeit aus ihrer persönlichen Geschichte resultieren.

Die Vielfalt an Möglichkeiten, wie Pflegekräfte an ihre Kraft kommen, ist immens. Dabei zeigt sich, dass Pflegekräfte ein Set von Praktiken haben, aber auch vielfach auf internalisierte Überzeugungen zurückgreifen können. Die in der Coping-Literatur genannte problemorientierte Strategie, schwer bewältigbare Person-Umwelt-Bezüge über Änderung oder Beherrschung (z. B. Verlassen des Feldes) zu kontrollieren, findet sich in unserer Untersuchung selten. Als Beispiele für Verhaltensänderungen wurden die Teilnahme an einer Weiterbildung, die Einnahme einer professionellen Haltung von Distanz und das Erkennen und Akzeptieren eigener Belastungsgrenzen genannt. Als Beispiel für ein zeitweiliges Verlassen des Feldes wurde die Unterstützung durch das Team und die damit eröffnete Möglichkeit, an einem „schlechten“ Tag einen unliebsamen Patienten durch einen Kollegen betreuen zu lassen, angeführt.

In den meisten Fällen setzen die Pflegekräfte auf die emotionsorientierte Bewältigung, d. h. auf die mentale Veränderung der Bewertung von Stressoren sowie auf den Aufbau eines starken Selbstvertrauens in die eigene Fähigkeit, Stress zu bewältigen. Dies macht angesichts belastender Situationen Sinn, die man nicht ändern kann. Denn Krankheit, Altern und Sterben gehören zur menschlichen Existenzweise unabdingbar dazu.

Gerade den Überzeugungen kommt beim Aufbau von Selbstbewusstsein eine wichtige Rolle zu. Die Pflegekräfte gewinnen durch diese nicht mehr hinterfragten Gewissheiten – wie z. B. Ruhe vermitteln zu können – und Handlungsmottos – wie z. B. dass man andere Menschen so behandeln will, wie man selbst gerne behandelt werden möchte, oder dass man barmherzig-empathisch zugewandt sein will – letztendlich große Sicherheit und Kontrolle über die unterschiedlichsten Situationen. Auch die eigene Lebensgeschichte kann solche Gewissheiten vermitteln. In diesem Zusammenhang wiesen die Befragten auf die Erfahrung der Bewältigung von eigenen Grenzerfahrungen sowie die Überzeugung, ein positives Naturell zu haben, hin.

In kritischen Situationen dienen auch arbeitsbezogene Praktiken wie professionelle Haltung und die Abarbeitung von Routinen und Schemata zur Stärkung des Selbstbewusstseins, nichts falsch machen zu können.

Des Weiteren dienen sowohl relativ viele Überzeugungen als auch Praktiken dazu, einen Perspektivenwechsel auf den Stressor einzuleiten (Neubewertung). Als Beispiele seien die Gewissheit, dass es ein Leben nach dem Tod gibt, der Gottesdienstbesuch mit dem Anhören der Predigt sowie Sterberituale genannt. Sie helfen, eine Station/Situation im menschlichen Werdegang zu akzeptieren oder positiv zu bewerten, indem sie angesichts einer ansonsten nur schwer zu bewältigenden Situation Sinn stiften.

Eine Neubewertung liegt aber nicht nur dann vor, wenn das Geschehen am Kranken- und Totenbett anders interpretiert wird, sondern auch dann, wenn die eigene Rolle dabei relativiert wird. Hier bewähren sich die Überzeugungen, wie z. B. der Glaube, dass Gott die Verantwortung trägt oder das Tun der Pflegekraft unterstützt, besonders. Auch die Bezugnahme zu Gott mittels Praktiken wie Beten, Stoßgebeten, Besuch von Kirchen wirken in diesem Sinne: Die Pflegekräfte haben das Gefühl, nicht alleine für das Heilungsgeschehen verantwortlich zu sein und selbst getragen zu werden. Eine weitere Variante dieser Strategie besteht darin, Handlungsanleitung oder Mut zum Weitermachen durch die Zwiesprache mit Gott zu erhalten. Die Möglichkeit der Bewältigung durch Neubewertung der eigenen Rolle oder des Geschehens ist nur mit der Kraftquelle Glauben möglich; dadurch haben gläubige Menschen eine zusätzliche nachhaltig wirkende Kraftquelle, die insbesondere der emotionalen Bewältigung von Leid und Tod dient.

Darüber hinaus wird die soziale Unterstützung vielfach als Kraftquelle genannt.⁵ Unterschieden wird zwischen dem Austausch mit religiös Gleichgesinnten, Berufskollegen und Familienangehörigen sowie mit Patienten. Der Austausch zielt auf die emotional geteilte Bewältigung des Geschehens, auf Rückversicherung durch Dritte, das Richtige getan zu haben (Handlungssicherheit für die Zukunft), auf Spannungsreduktion durch das Sprechen über ein bewegendes Ereignis, auf soziales Aufgehobensein und auf einfaches Abschalten durch irgendein Gespräch.

In den Gesprächen mit Patienten stehen Sich-Erklären, Rückversicherung, soziale Wärme, aber auch die Wahrnehmung von Dankbarkeit im Vordergrund. Dankbarkeit ist zum einen ein positives Feedback auf das eigene Tun, das jeder Mensch als Regulativ bei der Arbeit benötigt, aber auch Wertschätzung, die in der Regel Kräfte reservoire wieder auffüllt.

Das bloße Erleben, dass Patienten wieder gesunden oder leichter in den Tod finden, spielt in der Pflege eine besondere Rolle als Kraftquelle. Hierbei dürfte das psychologische Phänomen der Selbstwirksamkeit (Bandura 1976) von großer Bedeutung sein. Die Selbstwirksamkeitserwartung ist die Erwartung, gewünschte Handlungen aufgrund eigener Kompetenzen erfolgreich ausführen zu können. Ein Mensch, der daran glaubt, selbst etwas zu bewirken und auch in schwierigen Situationen selbstständig handeln zu können, hat eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung. Eine ihrer Komponenten ist die Annahme, man könne als Person gezielt Einfluss auf die Dinge und die Welt nehmen. D. h. mit der Erfahrung gesunder Patienten wird das Erleben von Kontrolle über die Pflegesituation bestärkt. Auch supererogative Leistungen, wie z. B. Beten nach dem Tode, können hier eingeordnet werden.

⁵ Da der Pflegeberuf überwiegend von Frauen ausgeübt wird (über 85%), ist hier die soziale Unterstützung als Stressreduktion auch wirksam.

Zudem haben Pflegekräfte eine Vielzahl von Praktiken entwickelt, mit denen sie Abstand zum Stress-Geschehen gewinnen. Es gibt zum einen die Möglichkeit, mehr zu sich selbst zu finden und zu innerer Ruhe und Harmonie zu gelangen. Hierbei finden sich religiöse Praktiken, wie der Besuch von Andachten, das Lesen von Losungstexten und Beten. Aber auch nicht-religiöse spirituelle Praktiken, wie z. B. Meditation, Kerzen anzünden, autogenes Training und Naturerfahrungen, gehören dazu. Spaziergehen, Saunabesuche, Fahrradfahren und Sport dienen in diesem Zusammenhang dazu, ein Gefühl für den eigenen Freiraum (wieder) zu gewinnen. Zum anderen gibt es eine Vielzahl von Praktiken zum Abschalten. Diese liegen entweder im Arbeitsbereich (eine Zigarette rauchen, sich hinsetzen und etwas trinken) oder im Freizeitbereich (Kaffee trinken, Hobbies, Computerspiele).

Im Hinblick auf die Unterscheidung der Kraftquellen nach adaptiven bzw. funktionalen und maladaptiven bzw. dysfunktionalen Bewältigungsstrategien ist zu klären, ob die Strategien eher langfristige und nachhaltige Lösungen eines Problems darstellen oder ob der Ablenkungscharakter im Vordergrund steht.

Die religiös fundierten Kraftquellen dienen allesamt der nachhaltigen Bewältigung des Stresses, da sie aus der Bearbeitung der Probleme und als Konsequenz der angemessenen Verhaltensänderung, der grundlegenden Änderung der Haltung und der Entwicklung neuer Sichten auf das Problem und die eigene Rolle oder der Entwicklung von Selbstbewusstsein bestehen.

Allerdings stellt sich bei manchen Ausdrucksformen und Bewältigungsstrategien die Frage, ob sie ab und an reflektiert und gefestigt werden (müssen), damit sie nicht zu leeren, wirkungslosen Worthülsen werden und damit selbst wiederum zu einer als Belastung wirkenden Anspruchshaltung verkommen. Hier sei beispielsweise an Haltungen wie „Barmherzigkeit“ gedacht. In den Interviews gibt es zwei Beispiele dafür, dass es einer solchen Revitalisierung der Kraftquellen durch Supervisionen, spiritueller Weiterbildungen etc. bedarf, damit die Pflegekräfte gesund bleiben und nicht in Zynismus verfallen.

Ein Großteil der arbeitsbezogenen und privaten Ausdrucksformen und Bewältigungsstrategien dienen ebenfalls nachhaltigen Zwecken. Auch diese bedürfen ab und an der Revitalisierung. Lediglich die Abschaltpraktiken sind nicht nachhaltig. Sie sind dann hilfreich, wenn die Pflegekräfte zusätzlich auf nachhaltig wirkende Ausdrucksformen und Bewältigungsstrategien zurückgreifen können. Ist dies nicht der Fall, sind die Pflegekräfte Burn-out gefährdet.

Der emotionalen sozialen Unterstützung als Kraftquelle kommt im Frauenberuf Pflege eine hohe und nachhaltige Bedeutung zu. Sie ist auf einer anderen Dimension angesiedelt als die religiös fundierten Kraftquellen. Diese beiden Arten von Kraftquellen sind in ihrer Wirkungsweise komplementär. In unserer Untersuchung zeigte sich, dass diese Kraftquellen angesichts von Arbeitsverdichtung und veränderten Ansprüchen der Patienten zwar immer mehr genutzt werden, aber sich dabei auch immer mehr erschöpfen. Pflegekräfte wenden den arbeitsbezogenen Stress gegen Kollegen und ärgern sich, wenn diese „zu viel Zeit“ bei Patienten verbringen. Patienten entwickeln die Anspruchshaltung eines Kunden gegenüber den Pflegekräften, wobei Dankbarkeit und Wertschätzung den Pflegekräften gegenüber immer seltener werden. In den Einrichtungen ist der Anteil Schwerst-Pflegebedürftiger, von denen kein Feedback mehr kommen kann, immer höher. Dadurch ist das Erleben von Selbstwirksamkeit für Pflegekräfte immer seltener möglich.

Ergebnisse zu den Hypothesen in der qualitativen Auswertung

Hypothese 1. Innere Kraftquellen helfen Pflegepersonen besser/leichter mit kritischen Situationen (Leiden, Tod) der Patienten umzugehen (Coping).

In den meisten Interviews fanden sich Hinweise darauf, dass der Bezug zu inneren religiösen Kraftquellen den Umgang mit kritischen Situationen wie Leiden und Tod erleichtert, sowohl für die Pflegekräfte als auch für die Patienten, wenn diesen eine christliche Sicht im Gespräch oder Gebet vermittelt wird. Insbesondere der Glaube an ein Leben nach dem Tod sowie das Annehmen eines schwierigen Schicksals als zum Leben gehörend bringen Erleichterung. Hiermit verbunden sind Haltungen der Demut und der Schicksalsergebenheit. Die Erleichterung wird im unmittelbaren Empfinden von zusätzlicher Kraft, die eine höhere Macht vermittelt, deutlich. Im einzelnen sind es Empfindungen von „Getragensein“, Ermutigung, Zuversicht und Hoffnung, Sich-Festhalten-Können, Sinnstiftung, Mut (gegen den Strom zu schwimmen), höhere Ordnung und Schutz, Hoffnung auf das Unmögliche, Angenommensein, Aufgefangensein, Stütze für persönliches Engagement, Glauben an gute Entwicklung, keine Angst haben, Kraft, auch ohne Erfolgserlebnisse weiter zu machen (Durchhalten), Gewissheit, nicht auf äußere Umstände angewiesen zu sein sowie die Fähigkeit, Trösten zu können.

Im Hospiz und Altenpflegeheim wie auch im Krankenhaus auf einer Abteilung mit hoher Sterberate (Onkologie) stellt sich die Bedeutung des Glaubens an ein Leben nach dem Tod oder der von oben gegebenen Kraft, schwierige Schicksale meistern zu können, als besonders wichtig für die Entlastung dar. Hierbei spielen konkrete Rituale, wie z. B. Kerzen Anzünden und Gebete zum Abschließen, Trösten, noch etwas Geben, eine zentrale Rolle.

Insbesondere im ambulanten Bereich wirkt sich die Bedeutung des Glaubens, dass in Abwesenheit der Pflegekräfte eine höhere Macht auf die Patienten aufpasst, als äußerst entlastend aus.

Insgesamt, also auch im Krankenhaus, erweisen sich die religiösen Kraftquellen als innere Ressourcen der Pflegekräfte, die sie in all den Situationen, in denen die Professionalität nicht ausreicht, „anzapfen“ können. Sie schaffen (durch Neubewertung) Sinn in Situationen, die anderenfalls nur als schrecklich interpretiert werden können, und sind somit eine Kraftquelle für Situationen, aus denen ansonsten keine Kraft gezogen werden kann. Dies wird in folgendem Zitat sehr deutlich: *„Der Glaube gibt mir die Kraft, wenn es wenig Erfolgserlebnisse in der Arbeit gibt, weiter zu machen.“* Pflegekräfte, die keinen Bezug (mehr) zur Religion haben oder bei denen Religiosität nur unbewusst wirkt, haben für diese Situationen keine langfristig hilfreichen Bewältigungsstrategien.

Sie verweisen verstärkt auf die arbeitsplatzbezogenen Kraftquellen wie professionelle Distanz, Arbeitsroutinen und -regeln und Team, thematisieren aber auch eher Missstände am Arbeitsplatz und in der Einrichtung wie Arbeitsdichte. Hiermit ist nicht gesagt, dass religiöse Kraftquellen gegen Stress durch Arbeitsverdichtung helfen, sondern lediglich, dass andere Stressoren in der Pflege, nämlich die emotionale Belastung aufgrund des pflegeimmanenten Erlebens von Leid und Tod, damit besser bewältigt werden können.

Für den Umgang mit anderen Erschwernissen der Pflegearbeit, beispielsweise sehr hilflose oder dementiell erkrankte Patienten, ist der Glaube für viele Pflegekräfte eine Kraftquelle. Dies wird deutlicher in den Haltungen und dem Verhalten: Haltung nicht zu werten, Haltung des Respekts, barmherzige dienende Haltung, Haltung der Gleichheit aller Menschen (wirkt der Asymmetrie in der Pflege entgegen), Haltung, das Göttliche in jedem

Menschen zu sehen und Toleranz gegenüber Schwächen (eigene und fremde). Die Haltung, sich ebenfalls um aggressive oder als aggressiv-bösartig empfundene Patienten empathisch zu kümmern, ist in dieser Untersuchung dagegen deutlich seltener benannt worden. Hierbei unterscheiden sich Pflegekräfte grundsätzlich, so dass wir hiermit eine wichtige das Sampling unterscheidende Dimension haben.

Insbesondere in zwiespältigen ethischen Situationen kann der Glaube auch zu Irritation/Zweifel (gegenüber dem, was gemacht wird) oder zu einer subversiven Richtschnur, sich gegen die in der Einrichtung üblichen Maßnahmen aufzulehnen (und damit für vermeintliche Patientenbelange einzusetzen), genutzt werden.

Neben der reinen Empfindung von religiösen Kraftquellen können solche auch durch religiöse Praktiken wie Gebete, Gottesdienste oder Gespräche mit Geistlichen aktiviert werden. Dabei scheint es insbesondere um Abstand und/oder neue Einsichten gewinnen zu gehen. Anlässlich eines Gestorbenen geht es um Abschließen und Loslassen können; mitten in schwierigen Prozessen geht es um Besinnung, Perspektivenwechsel, Bestätigung oder Erweiterung der eigenen Sicht und ggf. sogar um die Korrektur des eigenen inneren Kompasses, d.h. der Wertmaßstäbe. Hierbei geht es also weniger um das Gefühl von mehr Kraft, sondern um einen emotionalen und kognitiven Standortwechsel.

Es soll hier nicht unerwähnt bleiben, dass es auch nicht-religiöse Kraftquellen gibt, am Arbeitsplatz und im Privatleben. Sie haben eine Funktion zum Abladen (Gespräche mit Kollegen oder dem Ehepartner), zur Vermittlung von Handlungssicherheit (Professionalität, Routinen), zum Ausgleich für Belastung durch Wertschätzung (Dankbarkeit der Patienten etc.), zum Finden Innerer Ruhe ((Naturspaziergänge) und insbesondere zum Abschalten (Fahrradfahren, Computerspiele etc.). Diese Kraftquellen dürften in vielen Situationen sehr hilfreich sein. Für emotional besonders schwierige Situationen dürften sie aber nicht an den Bewältigungseffekt von religiösen Kraftquellen heranreichen, weil sie keine sinnstiftenden Funktionen erfüllen.

Hypothese 2. Aufgrund dieses besseren Coping-Verhaltens entstehen weniger Beanspruchung und dadurch verursachte gesundheitsrelevante psychisch-körperliche Stressreaktionen (Burn-out).

Die Frage, ob die aus der Religiosität gezogene Kraft dazu führt, dass Pflegekräfte weniger Beanspruchung erleben und dadurch weniger Stresssymptome wahrnehmen, kann aufgrund dieser Untersuchung nicht eindeutig beantwortet werden. Ergänzend müssten in einer breit angelegten Studie Krankheitszeiten etc. mit erhoben werden.

In unserer Studie zeigt sich, dass Pflegekräfte, die keine religiösen Kraftquellen haben, mehr über Arbeitsstress klagen.

Pflegekräfte mit religiösem Bezug haben dem Schicksal gegenüber oftmals eine andere Haltung oder Begründung desselben Verhaltens als nicht religiös gebundene Pflegekräfte: Ihre Haltungen sind geprägt von Demut und Schicksalsergebenheit, sie akzeptieren, dass sie nicht mehr tun können, als sie schon tun und Heilung ebenso wie Nichtheilung nicht nur vom pflegerisch-medizinischen Einsatz abhängt. Darin liegt eindeutig eine große Entlastung von Verantwortung. Auch das Abgeben-Können eines Toten in die „Arme Gottes“ führt zu tröstenden Gedanken wie, dass es dem Patienten nun besser gehe als vorher.

Eine ähnliche Reduktion von Belastung entsteht bei den gläubigen ambulanten Pflegekräften in der Gewissheit, dass Gott sich um die Patienten kümmert, wenn sie nicht da sind; somit brauchen sie die Verantwortung nicht nach Hause mitnehmen.

D.h. diese pflegeimmanente innere, emotionale Belastung kann teilweise durch den Glauben gemindert werden. Idealerweise sollte diese Einstellung immer wieder gestärkt und erneuert werden durch Supervision, Weiterbildungen und Gespräche mit Seelsorgern bzw. kollegiales Feedback.

Aber diese innere Belastung darf nicht zu hoch werden. Insbesondere jedoch darf die äußere Arbeitsbelastung (Arbeitsverdichtung, Arbeitsdauer, Fallbetreuungsdauer) ein bestimmtes Maß nicht überschreiten. Der Glaube setzt an emotionalen Stressoren an. Für die äußere Arbeitsbelastung bietet er keine Sinnstiftung. Der Glaube wird angesichts einer zu hohen Arbeitsbelastung möglicherweise sogar zu einer zusätzlichen Belastung, weil er einen moralischen Anspruch zum Durchhalten und für die bedürftigen Menschen voll da sein zu müssen vermittelt. Dadurch ist es für gläubige Pflegekräfte schwieriger, rechtzeitig ihre eigenen Grenzen zu spüren und sie zu akzeptieren. Somit können sich die religiös fundierten Kraftquellen sogar in ihr Gegenteil verkehren. Dies wird deutlich am Beispiel einer Pflegekraft aus unserer Untersuchung, der angesichts extrem hoher Belastung (Dauer-Pflege einer krebserkrankten sterbenden Patientin) sowohl der Glaube als auch die Kraft verloren ging und sie ein Burn-out-Syndrom erlitt.

Nicht umsonst gehen viele Pflegekräfte, um die innere und äußere Belastung zu kompensieren, in Teilzeit oder verlassen bereits in mittleren Jahren den Beruf.

Pflegekräfte, die in Einrichtungen arbeiten, in denen gezeigter Glaube nicht selbstverständlich ist, leiden darunter, etwas verstecken zu müssen oder auch wenige Patienten zu haben, bei denen Gespräche über Gott und Gebete auf Resonanz stoßen. D.h. sie können in dieser Hinsicht ihr Verständnis von guter Pflege nicht offen ausleben und stoßen damit auch an innere Belastungsgrenzen.

Hypothese 3. Innere Kraftquellen verhelfen Pflegepersonen zu einem einfühlsameren Umgang mit den Patienten.

Hier wird natürlich nur die Selbstsicht der Pflegekräfte auf ihren Umgang mit den Patienten wiedergegeben. Durch die wiedergegebene Reflexion der Auswirkungen der Kraftquellen wie auch das Ringen um eine auch für schwierige Pflegefälle angemessene Haltung und Verhalten der Pflegekräfte werden jedoch die Ausführungen zum einfühlsamen Umgang mit Patienten mehr oder weniger plausibel.

Der Glaube verhilft in der Orientierung an Gott und Jesus zu einer Haltung des achtsamen Umgangs mit den Patienten, oftmals gepaart mit einer Dienehaltung (barmherzige dienenden Haltung, Haltung des Respekts). Besonders bedeutsam ist das Bemühen, der Asymmetrie, die durch den Zustand der Patienten - dement, unzufrieden oder körperlich vollkommen abhängig - entsteht, mit dem christlichen Postulat der Gleichheit aller Menschen entgegenzuwirken: daraus leiten sie die Haltungen ab, nicht zu werten, das Göttliche in jedem Menschen zu sehen und tolerant gegenüber Schwächen zu sein.

Auf der Verhaltensebene führen nach Aussagen unserer Gesprächspartner die religiösen Kraftquellen vor allem zu Empathie, des Weiteren zum Sehen der Bedürfnisse der Patienten und zum Sich dafür Einsetzen (d.h. auf individuelle Besonderheiten eingehen). In der Begegnung mit den anderen Menschen sind die religiösen Kraftquellen auch wirksam, da

sie zu einem wirklichen Dasein beim Patienten, d.h. zu Präsenz verhelfen, und verhindern, dass auch und trotz der vielen anderen Vorkommnisse, mit denen sich eine Pflegekraft beschäftigen muss, sie sich voll auf den Menschen einlassen kann, mit dem sie es gerade zu tun hat, anstatt mit den Gedanken abzuschweifen. Insbesondere verhelfen sie zu einer angemessenen Kommunikation (ohne zu verletzen).

Die religiösen Kraftquellen erhöhen die Bereitschaft, Tätigkeiten zu machen, die anderen unangenehm sind, z.B. Sterbende waschen und bedingt auch aggressive Menschen betreuen (keine Berührungängste), und damit Patienten, um die sich sonst keiner kümmern will, „Schutz“ zu gewähren. Gerade im Umgang mit aggressiv-bösartigen Patienten kann der Glaube jedoch auch zur Verweigerung von Barmherzigkeit und Empathie führen, weil viele Pflegekräfte das Verhalten als eigene Schuld des Patienten ansehen, wodurch er sein Anrecht auf Empathie verspielt habe.

Auf der Ebene des Umgangs mit Patienten wird auch die Funktion des Glaubens für die Orientierung bedeutsam: Da ist die Rede von der ständigen Zwiesprache mit Gott, die das Verhalten anleitet. Der Glaube dient Pflegekräften als innerer Kompass, das christliche Menschenbild als innere Orientierung und Werteschnur. Der Glaube hilft, Prioritäten zu erkennen und Grenzen zu setzen, indem er das Wesentliche vom Unwesentlichen unterscheiden hilft. Gerade bei der Frage, wie viel Pflege man einem Menschen, der im Sterben liegt, angedeihen lässt, wird die christliche Ethik bedeutsam. Somit ist hier Empathie keine rein individuelle Fähigkeit, sondern erhält durch den Glauben einen die menschlichen Unzulänglichkeiten ausgleichenden Maßstab.

Hypothese 4. Aufgrund des einfühlsameren Umgangs entstehen einerseits weniger Pflegefehler und andererseits wirkt sich dieser Umgang positiv auf das Heilungsgeschehen aus (bzw. auf die Befindlichkeit der Patienten, indem diese ihr Schicksal besser annehmen können).

Zu der Frage der Auswirkungen von pflegerischem Handeln, das sich auf inneren religiösen Kraftquellen abstützen kann, insbesondere auf die Anzahl möglicher Pflegefehler, kann hier keine Aussage gemacht werden. Hierzu müsste anhand von Qualitätssicherungssystemen ein objektiver Vergleich von christlich orientierten mit nicht christlichen Pflegekräften durchgeführt werden, was allerdings vermessen erscheint, zumal der Glaube der Pflegekraft sicherlich nicht der einzige Faktor ist, der bei der Heilung wirksam ist.

Sicherlich verhindert eine Haltung, sich ungeachtet des Äußeren, des Benehmens und des Krankheitsbildes um jeden zu kümmern, die Vernachlässigung von Patienten. Der sorgsame Umgang mit der in der Beziehung Patient und Pflegekraft angelegten Asymmetrie, wie er von unseren Gesprächspartnern aus dem christlichen Prinzip der Gleichheit aller Menschen vor Gott abgeleitet wird, ist eine zentrale Voraussetzung zur Verhinderung von Pflegefehlern. Das Eingehen auf individuelle Bedürfnisse verhindert die Gefahren übergreifigen Verhaltens und des Überstülpens von ungewollten Maßnahmen. Dies wird besonders deutlich an den Fällen, wo sich Pflegenden gegen den Willen der Patienten zuwiderlaufende, lebensverlängernde Maßnahmen zur Wehr setzen.

Jedoch können solche Haltungen und Verhaltensweisen auch mit einem nicht-religiös begründeten Ethos entwickelt werden.

Zur Frage der Auswirkungen religiös fundiertem Pflegehandeln, insbesondere diesbezügliche Gespräche und Praktiken, auf die Befindlichkeit der Patienten können hier aus Sicht

der Pflegekräfte (ihrer Wahrnehmung der Reaktionen der Patienten) einige Aussagen gemacht werden.

Zum einen strahlt nach Aussagen der Pflegekräfte ihre aus dem Empfinden von religiösen Kraftquellen resultierende Haltung (siehe oben) auf die Patienten aus. Diese Aussage bedarf keiner Überprüfung, denn gemäß dem in der Systemtheorie entwickelten Resonanzprinzip vermitteln Menschen (hier Pflegekräfte), egal ob sie wollen oder nicht, unbewusst ihre eigenen Empfindungen an diejenigen, mit denen sie kommunizieren (hier Patienten und Angehörige).

Als ein Beispiel wird von der Ausstrahlung von Ruhe und Hoffnung und gelassenem Handeln gesprochen, aber auch von dem daraus resultierenden Gefühl der Patienten, trotz krankheitsbedingter Einschränkungen ganz Mensch zu sein.

Pflegekräfte machen besonders positive Erfahrungen mit Gebeten mit Patienten: Eine Pflegekraft spricht davon, die „Gabe des Gebetes“ zu haben. Gebete werden dankbar von Patienten angenommen und vermitteln ihnen, sogar angesichts des Todes, Trost.

In religiösen Gesprächen erfahren die Patienten Sinn für ihre Leiden, sehen neue Chancen und vielleicht auch wieder Hoffnung auf das Unmögliche. Manche stoßen dadurch ggf. Veränderungen in ihrem Leben an.

Die besondere Bedeutung von Religiosität für die Patienten selbst wird in folgenden Aussagen deutlich:

„Der Glaube bietet ein Umfeld, in dem Patienten sich trauen, über sich und den Sinn des Lebens zu sprechen.“

„Im Angesicht des Todes kann Religiosität noch mal einen ganz großen Wert bekommen, auch wenn sie im Leben nie eine Rolle gespielt hat.“

Hiermit werden die für jeden Menschen wichtigen Fragen thematisiert, die natürlich angesichts von existenziellen Krisen eine besondere Relevanz erhalten, nämlich die Frage nach dem Sinn des Lebens und die nach dem möglichen Leben nach dem Tode. Christliche Einrichtungen und Pflegekräfte können bei der Suche nach Antworten auf diese Fragen helfen und dadurch zur psychischen Heilung beitragen, wodurch die inneren Kräfte des Individuums für die körperliche Heilung bereit gestellt werden oder der Mensch in Frieden von dieser Welt gehen kann.

Hypothese 5. Im Rahmen von Diakonie spielen als Kraftquellen sog. Innere Kraftquellen eine besonders wichtige Rolle.

Anhand unserer Untersuchung entstand der Eindruck, dass Religiosität in diakonischen Einrichtungen ein Schattendasein fristet und religiöse Kraftquellen meist individuelle Ressourcen einzelner Mitarbeiter sind. Hierfür sprechen solche Aussagen wie: „Ich bete oft im Verborgenen. Manchmal bin ich mutig und oute mich.“

Die Pflegekräfte berichten, dass der Glaube in der Einrichtung „nicht verankert“ ist, „Religiosität (...) im Pflegealltag keine Rolle“ spielt, Pflege selbst nur „die Kontakte zu religiösen“ Gesprächspartnern „vermittelt“. Im Rückblick wird bedauert, dass der Glaube vor circa 10 Jahre noch eine größere Rolle in der Einrichtung spielte: „Früher war es hier religiöser. Es ist ein Stück Identität verloren gegangen.“

In zwei christlichen Einrichtungen, die aber nicht (mehr) der Diakonie unterstehen, ist Religiosität „sehr gewünscht“ bzw. herrscht eine „christliche Atmosphäre“. Auch Pflegekräfte, die Einrichtungen gewechselt haben, berichten, dass in den diakonischen Einrichtungen Religion eine weit geringere Rolle spielt als in anderen christlichen Einrichtungen, in denen sie früher gearbeitet haben. Die Bedeutung der inneren Kraftquellen für die Pflegekräfte und ihre Patienten wird in den eindeutig christlich ausgerichteten Einrichtungen sehr deutlich.

Christlich motivierte Mitarbeiter beschreiben ihr eigenes christliches Selbstverständnis als „habe ich den Glauben erfahren“, der Glaube ist ein „inneres Gefühl, das ich wahrnehme“, „glaube schon an eine höhere Macht“. Demgegenüber wirkt der Glaube für mehrere der Gesprächspartner nur „unbewusst“ und wird von einem Gesprächspartner als „etwas Sinnloses“ bezeichnet.

Religiös bedingte innere Kraftquellen werden somit in diakonischen Einrichtungen nicht als besonders bedeutsam angesehen; die diakonischen Einrichtungen pflegen diese Ressourcen im Gegensatz zu anderen christlichen Einrichtungen nicht ausreichend. Dies ist als problematisch anzusehen, weil gerade im Glauben Potentiale für Bewältigungsstrategien durch Sinnggebung liegen, die weltliche Bewältigungsstrategien nicht haben. Für viele christliche Mitarbeiter stellt der Glaube eine ihrer individuellen Kraftquellen dar, die für sie sehr bedeutsam ist. Sie setzen ihren Glauben meist eher im Verborgenen ein.

4 Auswertung der Repertory-Grid-Interviews

In der Studie wurden mittels Repertory-Grid-Interviews über die Erhebung persönlicher Konstrukte pflegerelevante Charakteristika von inneren Kraftquellen ermittelt.

Die zentralen Fragestellungen bei der Erhebung waren:

- Welche persönlichen Konstrukte konstruieren die Bedeutung von (spirituellen) Kraftquellen in der Pflege?
- Anhand welcher Dimensionen lassen sich die pflegerelevanten Konstrukte von (spirituellen) Kraftquellen beschreiben?

Für die Ermittlung der persönlichen Konstrukte wurden sowohl Elemente vorgegeben als auch von den Interviewten selbst generiert. Die vorgegebenen Elemente (Stressoren, die in der Pflegekraft-Patientenbeziehung oder in der emotionalen Berührung durch Tod und Leiden liegen), waren:

- Umgang mit unsympathischen/aggressiv-bösartigen Patienten
- Umgang mit dementiell erkrankten Patienten
- Sterbebegleitung

- Aufmunterung von Patienten

Im Folgenden werden die Repertory-Grid-Interviews unter Einbezug der visuellen Darstellungen der individuellen Bedeutungsräume zunächst insgesamt und anschließend entlang der verschiedenen Pflegefelder ausgewertet.

4.1 *Ergebnisse über alle Bereiche hinweg*

Ganz entscheidend für das subjektive Erleben und das Handeln in der Pflege ist die Unterscheidung **professionelle Distanz** versus **barmherzige Empathie**. Fast alle Interviewten greifen je nach Situation auf diese zwei grundlegenden Arbeits- und Interaktionsmodi zurück.

Während professionelle Distanz die Verrichtung einer anfallenden Aufgabe mithilfe der erlernten Kompetenzen bei gleichzeitiger persönlicher Zurückgenommenheit beschreibt, bedeutet barmherzige Empathie ein tiefes Einfühlen in den Patienten und ein hohes Maß an persönlichem Engagement und auf das Individuum eingehendes Vorgehen in der Interaktion. Professionelle Distanz bedeutet dabei nicht, völlig gefühllos zu interagieren. Es bedeutet ein Verrichten der Arbeitsaufgabe mit dem Fokus, diese gut und auch zugewandt zu verrichten, aber ohne alle Gefühle, die man entwickeln könnte, wenn man sich ganz einlassen würde, zuzulassen. Diese Interaktionsform ist sehr wichtig, weil sie Pflegende vor destruktiver Anteilnahme, d.h. starkem, aber nicht in Handlung umzusetzendem Mitleid, und damit auch vor Burn-out schützt. Professionelle Distanz gilt als ein probates Mittel des Schutzes vor Leid und Frustration. Sie wird aber gleichzeitig auch als Ausdruck eines verkürzten Professionalitätsverständnisses angesehen, weil damit Gefahren wie die Vermeidung von Kommunikation mit den Patienten oder sogar das „Umkippen“ in autoritäres und verächtliches Verhalten verbunden sein können (Arens 2005, 162 ff.). Barmherzige Empathie stellt demgegenüber die zu pflegende Person mit allen ihren Bedürfnissen in den Vordergrund und die Pflegenden gehen in ihren Handlungen weit über die eigentlichen Pflichten hinaus. Diese Form der Interaktion wird von den Interviewten durch den Glauben getragen. Dieser ermöglicht es, sich in Situationen, die anfällig sind, ohnmächtiges und damit destruktives Mitleid auszulösen, auf Grund von religiösen Sinnstiftungen handlungsfähig zu erleben (z. B. mit der Person ein Gebet sprechen, für die Person beten, Verantwortung an Gott abgeben etc.). In dieser Haltung liegt wiederum die Gefahr der Überforderung durch moralische Selbstansprüche, die das Erkennen der eigenen Belastungsgrenzen verhindern.

Ob professionell-distanziert oder barmherzig-emphatisch gehandelt wird, ist sicherlich ganz generell abhängig von der Sympathie, die für den Patienten empfunden wird, und der jeweiligen Beanspruchung durch die spezifische Pflegesituation. Je größer die Sympathie und je geringer die individuelle Beanspruchung, desto weniger müssen sich die Pflegekräfte distanzieren und können emphatisch interagieren. Darüber hinaus unterscheiden die Pflegenden sehr oft, ob aus ihrer Sicht Patienten für hohe Beanspruchungen eine Verantwortung tragen oder nicht. Wird dem Patienten z. B. eine Verantwortung für anstrengendes Verhalten zugeschrieben, reagieren viele mit distanzierter Professionalität. Anhand der subjektiven Bewertungen der Situationen „Umgang mit aggressiv-bösartigen Patienten“ und „Umgang mit dementiell erkrankten Patienten“ lässt sich diese Unterscheidung erkennen. Obwohl beide Situationen als anstrengend empfunden werden, reagieren die meisten Pflegekräfte bei den aggressiv-bösartigen Patienten mit professioneller Distanz, während bei den dementiell erkrankten Patienten meist Empathie entwickelt wird. Aber es

gibt auch Pflegekräfte, die bei beiden Personengruppen mit Empathie reagieren oder auch solche, die sowohl bei aggressiv-bösartigen als auch bei dementiell erkrankten Patienten mit professioneller Distanz handeln. Entlang der zwei Handlungsmodi „professionelle Distanz“ und „barmherzige Empathie“ in den stresserzeugenden Arbeitssituationen „Umgang mit aggressiv-bösartigen Patienten“ und „Umgang mit dementiell erkrankten Patienten“ lässt sich eine Typologie des Pflegepersonals entwickeln.

Der **Glaube** als spirituelle Kraftquelle hat generell zwei Orientierungen, die Kraft geben. Während die eine Orientierung auf das diesseitige Leben ausgerichtet ist, fokussiert die gegenüberstehende Orientierung fast immer auf ein Leben nach dem Tod. Je nach Pflegesituation führt entweder die eine oder die andere Orientierung zu einer spezifischen Kraftquelle. Interessant ist dabei, dass sowohl die diesseitige als auch die auf das Jenseits gerichtete Orientierung in den verschiedenen Pflegefeldern eine spezifische Konkretisierung erfährt. Tabelle 2 zeigt die verschiedenen Konkretisierungen der spirituellen Orientierungen im Überblick. Deutlich wird deren enger Bezug zu der jeweiligen Pflegeaufgabe. Deutlich wird aber auch, dass spirituelle Dimensionen nicht durch weltliche Dimensionen, z. B. der humanistischen Ethik, zu ersetzen sind, sondern eine andere Qualität besitzen. Deshalb können sich aus einer spirituellen Lebenshaltung auch qualitativ anders zu bewertende Bewältigungsstrategien entwickeln. Das Besondere ist die Sinnggebung für Leid und Tod. Dies ist vor dem Hintergrund unseres Zeitgeistes, der Gesundheit, Glück, und Lebensfreude zum Ziel unserer Lebensführung definiert, von besonderer Bedeutung, gerade in Berufen, wo täglich das Gegenteil, nämlich Krankheit, Leid und Trauer vorherrschen. Eine weitere, nicht durch weltliche Ethiken zu ersetzende Qualität ist die Möglichkeit, Verantwortung an eine höhere Macht abgeben und damit seine eigenen Grenzen besser akzeptieren zu können.

Tabelle 2: Grundlegende Orientierungen von spirituellen Kraftquellen in der Pflege

	Bezug auf das Diesseits	Bezug auf das Jenseits
Hospiz	Barmherzigkeit	Glaube an ein Leben nach dem Tod
Altenpflege	Christliches Menschenbild (alle Menschen sind gleich)	Wissen um Recht auf Sterben
Ambulante Pflege	Göttliche Linderung	Glaube an ein Leben nach dem Tod
Krankenhaus	Krankheit als Chance und Sinn	Glauben an ein Leben nach dem Tod

4.2 Hospiz

Im Hospiz wurden folgende besonders belastende Situationen von den Interviewten zusätzlich zu den vorgegebenen Situationen genannt:

- Tod junger Menschen
- Soziale Abgründe
- Okkultismus
- Überforderung
- Konflikte mit der Verwaltung

Das Erleben und das Handeln der Pflegenden werden primär durch folgende zwei Dimensionen bestimmt:

1. **Aushalten/Abgrenzung/Glaubenszweifel vs. Glaube/Empathie/Vertrauen in eigenes Verhalten**
2. **Glaube an ein Leben nach dem Tod vs. Barmherzigkeit**

Spiritualität als Kraftquelle spielt im Hospiz eine große Rolle. Aber es gibt auch Situationen, in denen keine oder wenig spirituelle Zuversicht entwickelt werden kann. Der Tod junger Menschen lässt oft Glaubenszweifel aufkommen. Eine wichtige Dimension in der Arbeit im Hospiz ist ganz generell die Unterscheidung von Situationen, in denen der **Glaube** an eine tragende Kraft im Hintergrund empathische Interaktionen ermöglicht, und von Situationen, in denen Glaubenszweifel Abgrenzungen nötig machen und die Pflegenden ihre Interaktionen als **Aushalten** erleben. Deutlich wird auch, dass der Glaube einhergeht mit Vertrauen in das eigene Verhalten (Selbstwirksamkeit) und Glaubenszweifel Unsicherheit im Handeln bewirken. Somit ermöglicht der Glaube nicht nur empathische Interaktionen, sondern vermittelt den Pflegenden auch Handlungssicherheit. Der Glaube als Kraftquelle manifestiert sich im Hospiz primär in zwei spirituellen Überzeugungen. Die Pflegenden unterscheiden Handlungen danach, ob der **Glaube an ein Leben nach dem Tod** oder das Konzept der **Barmherzigkeit** das Handeln bestimmt.

4.3 Altenpflege

In der Altenpflege wurden folgende besonders belastende Situationen von den Interviewten zusätzlich zu den vorgegebenen Situationen genannt:

- Schmerzen der Patienten, qualvolle Behandlungen
- Zwangsanwendungen
- „Unmenschliche“ Pflegevorgaben
- Umgang mit verständnislosen Angehörigen
- Unangemessene Arbeitsorganisation, lange Schichtfolgen

Das Erleben und das Handeln der Pflegenden werden in den Altenpflege primär durch folgende Dimensionen bestimmt:

1. **Professionelle Teamarbeit vs. Zeit nehmen, Geduld, Mitgefühl**
2. **Gegen Überzeugung handeln vs. helfen**
3. **Christliches Menschenbild vs. Wissen um Recht auf Sterben**

In der Altenpflege prägt die Unterscheidung **Professionelle Teamarbeit** und **sich Zeit nehmen** das Handeln der Pflegenden. Hier kommt zum Ausdruck, dass Zeit eine knappe Ressource ist und die Pflegenden Situationen, in denen sie sich Zeit nehmen, als Handlungen empfinden, die über die professionelle Ausführung ihrer Arbeit hinausgehen. Eine weitere wichtige Unterscheidung ist die Unterscheidung von Situationen, in denen Pflegende **entgegen ihrer inneren Überzeugung handeln** (müssen) und von Situationen, in denen sie den Patienten **helfen** können. Situationen, in denen sie gegen ihre innere Überzeugung handeln (müssen), sind meist Situationen, in denen der Wille der Patienten von den Handlungsroutinen und Pflegestandards abweicht. Von den Pflegenden werden insbesondere einige lebensverlängernde Maßnahmen als Zwangsanwendungen empfunden. Der Glaube als Kraftquelle fokussiert in der Altenpflege insbesondere auf zwei Überzeugungen. Das **christliche Menschenbild** ermöglicht Mitgefühl und Nächstenliebe und aus der Vorstellung vom Leben nach dem Tod wird ein **Recht auf Sterben** abgeleitet.

4.4 Ambulante Pflege

In der ambulanten Pflege wurden folgende besonders belastende Situationen von den Interviewten zusätzlich zu den vorgegebenen Situationen genannt:

- Schmerzpatienten
- Kein persönlicher Zugang zum Patienten
- Widerspruch zwischen Wunsch des Patienten und professioneller Hilfe
- Umsichtige Körperpflege
- Tod

Das Erleben und das Handeln der Pflegenden werden in der ambulanten Pflege primär durch folgende Dimensionen bestimmt:

1. **Empathie** vs. **Abgrenzung**
2. **Hilfe von oben** vs. **kein Glauben**
3. **Göttliche Linderung** vs. **Leben nach dem Tod**
4. **Ich muss nicht alle lieben** vs. **Würde aller Geschöpfe**

Neben der über alle Bereiche hinweg wirksamen Unterscheidung in **Empathie** versus **Abgrenzung** wird in der ambulanten Pflege das Ringen um den Glauben deutlicher als in anderen Bereichen (**Hilfe von oben** versus **kein Glauben**). In besonders beanspruchenden Situationen kommen spirituelle Kraftquellen hier an ihre Grenzen. Das besondere Ringen um Glauben in der ambulanten Pflege, d.h. das besondere Bedürfnis nach spirituellen Kraftquellen bei gleichzeitiger Begrenztheit dieser Kraftquellen, kann darauf zurückgeführt werden, dass alleine gearbeitet wird und nicht auf die Kraftquelle „Gemeinschaft“ zurückgegriffen werden kann. So sind die Pflegenden besonders auf spirituelle Kraftquellen angewiesen. Spiritualität ohne eine Gemeinschaft als Unterstützung stößt aber an Grenzen. Glauben in Zusammenhang mit Teamarbeit kann eine größere Wirkmächtigkeit entwickeln als Glauben in isolierter Einzelarbeit. Die Tatsache, dass überwiegend alleine gearbeitet wird, prägt auch die weiteren Unterscheidungen. Die Überzeugung der **göttlichen Linderung** deutet darauf hin, dass eine spirituelle Entlastung gebraucht wird, wenn die Pflegenden nur begrenzt helfen können. Auch der Gedanke an ein **Leben nach dem Tod** vermittelt Kraft. Der Gedanke, dass **man nicht alle lieben muss**, entlastet im Umgang mit Patienten, zu denen kein Zugang gefunden und die **Würde des Geschöpfes** nicht vorbehaltlos gespürt werden kann. Um einer Überforderung entgegen zu wirken, wird so der christliche Anspruch auf Nächstenliebe den eigenen Emotionen angepasst.

4.5 Krankenhaus

Im Krankenhaus wurden folgende besonders belastende Situationen von den Interviewten zusätzlich zu den vorgegebenen Situationen genannt:

- Gespräche bei problematischen Diagnosen
- Schicksalsschläge der Patienten, keine Hoffnung auf Heilung
- Aggressive, unzufriedene, kritische, egoistische Patienten
- Auseinandersetzungen mit Kollegen
- Ausgenutzt werden durch die Verwaltung

- Hohe Arbeitsbelastung

Das Erleben und das Handeln der Pflegenden werden primär durch folgende Dimensionen bestimmt:

1. **(Zusätzliche) Zeit nehmen vs. professionelle Organisation, Abläufe**
2. **Einfühlen vs. Distanz halten**
3. **Begeisterung Lästige Pflicht**
4. **Sinn, Chance vs. Gewissheit einer Auferstehung**

Eine zentrale Unterscheidung ist auch im Krankenhaus die Unterscheidung in **sich Zeit nehmen** und **distanziert professionell arbeiten**. Darüber hinaus kann im Krankenhaus auch **Begeisterung** bei der Arbeit entwickelt und dieses Empfinden dem **Gefühl der lästigen Pflicht** gegenübergestellt werden. Als spirituelle Kraftquelle kommt den Überzeugungen, dass im **Leiden oft auch eine Chance steckt**, und die **Gewissheit der Auferstehung** eine besondere Rolle zu. Durch die Überzeugung, dass Leiden auch eine Chance sein kann, wird Krankheit mit Sinn versehen, aber auch dem Patienten Mitverantwortung für den Heilungsprozess gegeben und so die eigene Verantwortung entlastet. Arbeit im Krankenhaus beinhaltet auch die Begleitung von bedeutsamen Lebensveränderungen, die von den Pflegenden teilweise mit Begeisterung verrichtet wird.

4.6 *Sonstige*

In der Ausbildung werden insbesondere Entscheidungen mit gravierenden Auswirkungen für die Schüler als belastend empfunden. Wichtige Unterscheidungen sind Situationen, in denen man sich **einfühlen** kann, und Situationen, in denen man **Geduld** aufbringen muss. Hier wird deutlich, dass die distanzierte Professionalität in der Ausbildung eine geringere Rolle spielt als in den anderen Bereichen. Dem Einfühlen wird nicht Abgrenzen gegenübergestellt, sondern Geduld. Da in der Ausbildung der Lebensweg von jungen Menschen mitgestaltet wird, ist es anscheinend schwierig oder sogar unmöglich, sich abzugrenzen. Stattdessen wird versucht, Geduld aufzubringen, wenn es nicht gelingt, sich einzufühlen. Im Repertory-Grid-Interview wird darüber hinaus deutlich, dass den Schülerinnen in der Ausbildung die Unterscheidung **Respekt, Einfühlen** versus **routiniertes Arbeiten**, die auch im Pflegealltag eine übergeordnete Rolle spielt, vermittelt wird. Wahrscheinlich soll damit eine Strategie zur Vorbeugung gegen Überforderung und zur Abwehr von Burn-out-Symptomen vermittelt werden.

In der Ethikberatung wird die notwendige Beharrlichkeit in der Arbeit als belastend empfunden. Dabei geht es darum, eine organisationskulturelle Neuorientierung der Einrichtung zugunsten der Selbstbestimmung der Patienten auf den Weg zu bringen. Das Beurteilungskriterium **Konflikte aushalten** wird damit im Erleben sehr wichtig und der **Lebensfreude** gegenüber gestellt. Außerdem ist die Arbeit von der Unterscheidung **Grenzen setzen** und **Verantwortung übernehmen** geprägt.

4.7 *Die wichtigsten Dimensionen im Überblick*

Die Erhebung der individuellen Bedeutungsräume mittels der Repertory-Grid-Methode fördert bei den Gesprächspartnern ein Nachdenken über Zusammenhänge, über die sie sich

eher selten in dieser Dezipiertheit und Tiefschürfigkeit Rechenschaft ablegen. Dadurch kommen mit dieser Methode auch Einsichten über Zusammenhänge zum Vorschein, die man mit anderen Methoden, auch den narrativen Methoden, eher nicht erreicht. Will man sie systematisch nutzen, erweist es sich als sinnvoll, nicht mehr nach den einzelnen Pflegefeldern zu differenzieren.

Ein besonders auffallendes Ergebnis in allen Pflegefeldern der Repertory-Grid-Studie ist die Polarität von „Professionalität/Abgrenzung“ gegenüber „Berufung/Empathie“. Wenn man auf die Einordnung der Ausdrucksformen und Kraftquellen schaut, wird dort die professionelle Haltung als beinahe die einzige vorfindbare problemorientierte Bewältigungsstrategie identifiziert, wohingegen die auf dem Glauben beruhenden Bewältigungsstrategien emotionsorientiert sind und entweder ein anderes Selbstbewusstsein im Umgang mit den oder eine andere Bewertung der Stressoren Leiden, Tod und schwierige Patienten hervorbringen. Dass sich diese Polarität auch in den Repertory-Grid-Bildern durchgängig vorfindet, verweist auf ihre große Bedeutung für den Pflegealltag und die dortigen Anstrengungen, Stressoren zu bewältigen. Aus den Gesprächen wurde deutlich, dass Pflegekräfte alltäglich um eine Balance dieser Polaritäten ringen und dass eine geglückte Balance auch einen besonders hohen Stressbewältigungseffekt hat. Wie diese Polarität individuell im Umgang mit als aggressiv-bösartig wahrgenommenen und mit dementiell erkrankten Patienten ausgestaltet wird, daraus leitet sich auch eine Typologie der Pflegekräfte ab.

Es finden sich viele Bewältigungsstrategien durch Umbewertung, wie sie in Tabelle 2 aufgeführt wurden. Hierbei erfolgte die Polarisierung in der „Diesseits- oder Jenseitsorientierung“. Es handelt sich um Strategien, die für scheinbar auswegslose Situationen, in denen keine Selbstwirksamkeit erfahren werden kann, Sinn stiften und damit eine fundamentale langfristige Entlastungsfunktion für die Pflegekräfte haben. Diese Sinnstiftung ist an Spiritualität gebunden und kann mit rein säkularen Bewältigungsstrategien nicht erzielt werden, so dass Pflegekräfte, die auf diese spirituellen Bewältigungsstrategien nicht zurückgreifen, grundsätzlich ihre Ohnmacht erleben.

Aber auch die Grenzen der Nutzbarmachung des Glaubens als Kraftquelle werden deutlich in der Polarität von „Hilfe von oben“ versus „kein Glauben“. Dahinter stecken Erfahrungen, bei denen man das Erleben als „sinnlos“ empfunden hat (z.B. junge Menschen, die sterben) oder die eigenen Kräfte überstrapaziert wurden und es keine Entlastung von außen gab (z.B. alleinige Pflege einer Krebskranken über einen langen Zeitraum).

Eine sich durch alle Pflegefelder durchziehende Problematisierung in Bezug auf den Einsatz der auf dem Glauben begründeten Kraftquellen sind Arbeits- und Organisationsbedingungen, die „keine Zeit“ lassen für „Mitgefühl“. Auch dieser Konflikt wurde in den narrativen Interviews vielfach thematisiert. Er ist als Stressor besonders erst zu nehmen, weil Arbeitsverdichtung durch seine Vorrangigkeit die emotionsorientierten Bewältigungsstrategien, die auf dem Glauben beruhen, verhindert. Seine Wirkung mündet vielfach entweder in einer extremen Überforderung oder einer Haltung der Resignation bis hin zum Zynismus.

Pflegekräfte und ihr Glaube reiben sich an einem weiteren institutionsbedingten Stressor, so sie mit der Problematik „nicht sterben lassen dürfen“ konfrontiert sind. Hier steht ein Institutionen-Konglomerat aus „Einrichtung, die keine Fehler machen will“, „Medizin, die im Gegensatz zur Pflege weit weg von den Patienten ist und ihrem naturwissenschaftlichen Verständnis, wann jemand tot ist, folgt“, sowie der „Offiziellen Kirche, die moralisch argu-

mentiert“, dem individuellen Glauben, dass „Menschen ein Recht auf Sterben“ haben, gegenüber. Dieser Zwiespalt stellt für Pflegekräfte einen zusätzlichen Stressfaktor dar und kann für manche in Bezug auf den Glauben aufgelöst werden, wohingegen andere gegen ihre Überzeugung handeln.

In der Polarität von „Begeisterung“ und „lästige Pflicht“ wird die Bewältigungsstrategie „Selbstwirksamkeit“ deutlich, die aber an ihre Wirkungsgrenzen kommt, wenn zu wenig Positives von den Patienten zurückkommt.

Es handelt sich hierbei um die wesentlichen Dimensionen der Bedeutungsräume von „Inneren Kraftquellen“, wie sie die Repertory-Grid-Studie zeigt. In der hermeneutischen Auswertung der narrativen Interview-Teile ergeben sich entsprechende Befunde, jedoch im Gegensatz zur Repertory-Grid-Studie keine Gewichtung der einzelnen Bewältigungsstrategien und auch weniger Hinweise auf die Grenzen der religiös fundierten Inneren Kraftquellen.

5 Konsequenzen für ein quantitatives Untersuchungsinstrument

Um die Manifestation Innerer Kraftquellen in der Pflege in quantitativer Hinsicht möglichst gezielt, umfassend und darüber hinaus auch zeitlich effizient bei einer großen Personenzahl zu untersuchen, ist es notwendig, ein quantitatives Erhebungsinstrument zu verwenden. Besonders geeignet erscheint dazu ein standardisierter Fragebogen mit sowohl geschlossenen als auch offenen Fragen. Der Einsatz eines solchen Instrumentes ist im Vergleich zur Durchführung von qualitativen Interviews weniger zeitaufwändig und lässt sich mit Hilfe statistischer Verfahren relativ schnell auswerten. Darüber hinaus gibt ein standardisierter Fragebogen den Befragten die Möglichkeit, ihre Meinungen und Einstellungen zu Kraftquellen in der Pflege zu äußern, die Kraftquellen (Bewältigungsstrategien) selber sowie die Ausdrucksformen (Praktiken und Überzeugungen) zur Aktivierung dieser Kraftquellen zu beschreiben und schließlich einen Bezug zu möglichen religiös-spirituellen Hintergründen dieser Kraftquellen darzulegen. Die Auswertung gibt Auskunft darüber, wie viele Pflegepersonen in diakonischen Einrichtungen innere Kraftquellen nutzen. Ein weiterer Vorteil beim Einsatz eines standardisierten, quantitativen Erhebungsinstrumentes besteht darin, dass die Untersuchung zu Inneren Kraftquellen in der Pflege in zeitlichen Abständen wiederholt werden kann, so dass es möglich ist, Veränderungen in den Einstellungen, Ansichten und Praktiken der Befragten über einen längeren Zeitraum hinweg zu untersuchen. Da es sich allerdings auch um ein heikles Thema handelt, können Pflegepersonen auch die Antworten verweigern oder irrelevante Antworten (um den Mittelwert herum) geben. Dies ist zu bedenken.

Mit Hilfe der bisher durchgeführten Interviews in der Teilstudie „Innere Kraftquellen in der diakonischen Pflege“ im Rahmen des Kooperationsprojekts „Die Neudefinition des Ethos im Rahmen fürsorglicher Praxis – am Beispiel Pflege“ konnten bereits verschiedene religiös fundierte, arbeitsbezogene und private Kraftquellen für die Arbeit in der Pflege ermittelt werden. Für die religiös fundierten Kraftquellen kann v.a. zwischen a) der Möglichkeit, schwierige Pflegesituationen an eine höhere Macht abzugeben, und b) der Sinnggebung schwieriger Pflegesituationen durch den Glauben unterschieden werden. Dazu kommt die Unterscheidung, ob die Kraftquelle der Pflegekraft i) direkt oder ii) vermittelt über den Nutzen für den Patienten hilft.

Nicht religiös fundierte Kraftquellen unterscheiden sich davon teilweise. Dies wird insbesondere im Hinblick auf die psychische Bedeutung von Ausdrucksformen als Impuls zur Aktivierung von Bewältigungsstrategien (Kraftquellen) deutlich. Bei den Ausdrucksformen sind manifeste, also Praktiken, von latenten, nämlich Überzeugungen, die als Gewissheit oder Handlungsmotto zur Verfügung stehen, zu unterscheiden.

Angesichts der Stressoren Umgang mit Leiden und Sterben findet sich eher selten die problemorientierte Bewältigung, die darauf zielt, eine Situation zukünftig unter Kontrolle zu bekommen oder sie zu meiden. Die professionelle Arbeitsbewältigung steht teilweise für diese Bewältigungsform. Der Schwerpunkt liegt bei unseren GesprächspartnerInnen aber in der emotionsorientierten Bewältigung, nämlich entweder in der mentalen Veränderung der Bewertung der Stressoren oder dem Aufbau eines starken Selbstvertrauens in die eigene Fähigkeit, die gegebene Art von Stress zu bewältigen. D.h. die Kraftquellen ermöglichen vor allem eine geänderte Wahrnehmung der eigenen Kontrolle über die Stressoren Umgang mit Leiden und Sterben. Eine weitere vielfach in der Pflege genutzte Bewältigungsstrategie beruht auf der Inanspruchnahme sozialer Unterstützung. Diese Bewältigungsstrategien sind durchweg langfristig hilfreich. Demgegenüber stehen die kurzfristig nur wirksamen Bewältigungsstrategien durch sich ablenken.

Der Einsatz der Repertory-Grid-Technik als Erhebungs- und Auswertungsverfahren erlaubt zudem die Identifikation verschiedener Dimensionen, vor deren Hintergrund sich Innere Kraftquellen strukturieren lassen. Hierbei finden sich bei den emotionsorientierten Bewältigungsstrategien durch Neubewertung verschiedene Varianten in der „Diesseits- oder Jenseitsorientierung“. Als wichtigste Dimension hat sich ‚professionelle Distanz‘ versus ‚barmherzige Empathie‘ heraus kristallisiert. Diese beiden Handlungsmodi unterscheiden sich fundamental in ihren notwendigen Bewältigungsstrategien, nämlich problemorientierte versus emotionsorientierte Bewältigungsstrategien. Entlang dieser zwei Handlungsmodi „Professionalität“ und „Empathie“ in den stresserzeugenden Arbeitssituationen „Umgang mit aggressiv-bösartigen Patienten“ und „Umgang mit dementiell erkrankten Patienten“ lässt sich eine Typologie des Pflegepersonals entwickeln: Typ A) Barmherzigkeit gegenüber Dementen und Aggressiv-Bösartigen, Typ B) Barmherzigkeit gegenüber Dementen, keine Barmherzigkeit gegenüber Aggressiv-Bösartigen, Typ C) keine Barmherzigkeit gegenüber Dementen und Aggressiv-Bösartigen. Diese Typologie kann ergänzt werden durch unterschiedliche Glaubenshaltungen. Die Typen weisen neben ihrem spezifischen Umgang mit der entsprechenden Patientenklientel auch verschiedene Formen der Glaubensentwicklung auf: i) der Glaube wurde im Laufe des Lebens ‚erarbeitet‘, ii) der Glaube war schon immer vorhanden, iii) der Glaube hat sich durch besondere Lebensschicksale (positive sowie negative) entwickelt oder gefestigt.

In den Repertory-Grid-Interviews werden aber auch die Schwierigkeiten, auf die religiös fundierten Inneren Kraftquellen zuzugreifen, als weitere Dimensionen deutlich: Grenzen der Nutzbarmachung des Glaubens als Kraftquelle werden deutlich in der Polarität von „Hilfe von oben“ versus „kein Glauben“, wenn der Stressor sozusagen das Bewältigungspotential ausgereizt hat. Weitere Grenzen liegen in Arbeits- und Organisationsbedingungen, die „keine Zeit“ lassen für „Mitgefühl“. Diese können die emotionsorientierte Bewältigungsstrategien, die auf dem Glauben beruhen, vollständig ausbremsen. Aber auch institutionsbedingte Stressoren im Umgang mit totgeweihten Patienten, die man nicht sterben lässt, führen manche Pflegekräfte an die Grenzen ihres Glaubens. In der Polarität von „Begeisterung“ und „lästige Pflicht“ wird die arbeitsbezogene Bewältigungsstrategie „Selbstwirksamkeit“ deutlich, die aber an ihre Wirkungsgrenzen kommt, wenn zu wenig Positives von den Patienten zurückkommt.

Der Einsatz eines quantitativen Erhebungsinstrumentes, wie z. B. eines standardisierten Fragebogens, erlaubt es, die Zusammenhänge zwischen der Form der Glaubensentwicklung und den verschiedenen Personengruppen empirisch zu fundieren und zu verfeinern. Eine solche Auswertung kann darüber Aufschluss geben, inwieweit der Glaubensweg bzw. die Glaubensentwicklung tatsächlich von Bedeutung für die Bewältigung von emotionalen Stressoren in der Pflege ist. In diesem Zusammenhang kann zudem auf bestehende psychologische Ansätze und Erhebungsinstrumente zum Thema Coping/Umgang mit kritischen Situationen zurückgegriffen werden.

Weiterhin kann die empirisch fundierte Typisierung von Kraftquellen einen Hinweis darauf geben, welche Kraftquellen für besonders viele Personen wichtig sind, um schwierige Situationen in der Pflege zu bewältigen. Eine Untersuchung des Zusammenhangs zwischen den verschiedenen Kraftquellen und den eingesetzten Ausdrucksweisen (Praktiken und Überzeugungen) zu ihrer Aktivierung kann wichtige Hinweise dazu liefern, wie diakonische bzw. christliche Einrichtungen ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei der Bewältigung schwieriger beruflicher Situationen unterstützen können.

In diesem Rahmen ist es außerdem wichtig, die diakonischen Einrichtungen selbst in die Untersuchung einzubeziehen: Indem man sowohl die Präsenz des Glaubens (spirituelles Arbeitsumfeld), als auch das Pflegefeld (pflegerisches Arbeitsumfeld) und das konkrete organisationale Arbeitsumfeld (z.B. Position, Arbeitsverdichtung) verschiedener Einrichtungen von den Befragten charakterisieren lässt, können sich Hinweise auf Veränderungspotenziale ergeben, die die Nutzung besonders wichtiger Innerer Kraftquellen unterstützen, sowie auch die Grenzen von Inneren Kraftquellen aufgezeigt werden (siehe dazu die Dimensionen der Repertory-Grid-Interviews).

Die Beschreibung des religiösen Selbstverständnisses gibt quantitative Hinweise auf die religiöse Ausrichtung der MitarbeiterInnen in den Einrichtungen. Hieraus ergeben sich auch Hinweise auf die Annahme von spirituellen Praktiken sowie die Nutzung von religiös fundierten Inneren Kraftquellen.

Um mit dem quantitativen Instrument nicht nur eine einmalige ‚Moment-Aufnahme‘ hinsichtlich möglicher Maßnahmen zur Unterstützung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei der Nutzung ihrer persönlichen Inneren Kraftquellen zu erheben, sollte neben der Ist-Situation auch der gewünschte Soll-Zustand erhoben werden. Auf diese Weise können Anknüpfungspunkte für Veränderungsmaßnahmen aufgedeckt und zu einem späteren Zeitpunkt evaluiert werden.

Die Befragung sollte sich auf folgende Themenbereiche beziehen:

- verschiedenen Kraftquellen
- Ausdrucksformen (Praktiken und Überzeugungen), mit deren Hilfe solche Kraftquellen (Bewältigungsstrategien) aktiviert werden können; hierzu gehören auch die Haltungen, Werte, Orientierungen und Lebenseinstellungen der Befragten, die aus ihrer Religiosität entstehen, sowie das Verhalten der Befragten beim Umgang mit Patienten in schwierigen Situationen
- Grenzen dieser Kraftquellen
- religiöses Selbstverständnis der Befragten
- Bedeutung von Religiosität (des Pflegepersonals) für die Patienten
- Präsenz des Glaubens in der Einrichtung.

6 Literatur

- Arens, (2005). Kommunikation zwischen Pflegenden und dementierenden Patienten – eine qualitative Studie. Frankfurt/M.: Mabuse.
- Bandura, A. (1976). *Lernen am Modell. Ansätze zu einer sozial-kognitiven Lerntheorie*. Stuttgart: Klett.
- Böhle, F., Brater, M. & Maurus, A. (1997): Pflegearbeit als situatives Handeln. *Pflege 10*, 8-22.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation*. 4. Aufl. Heidelberg: Springer.
- Bucher, A. (2007). *Psychologie der Spiritualität*. Weinheim-Basel: Beltz.
- Dick, M. (2000). Die Anwendung narrativer Gridinterviews in der psychologischen Mobilitätsforschung. in *Forum qualitative Sozialforschung, Volume 1, No. 2 – Juni 2000*. (<http://217.160.35.246/fqs-texte/2-00/2-00dick-d.htm>)
- Dick, M. (2001). Die Situation des Fahrens. *Harburger Beiträge zur Psychologie und Soziologie der Arbeit, Sonderband 03*.
- Fromm, M. (1995). *Repertory Grid Methodik. Ein Lehrbuch*. Weinheim: Deutscher Studienverlag.
- Giebel, A. (2009): Spiritualität als Warten auf den Grund des Lebens – eine uralte Erinnerung an etwas, das außerhalb unserer selbst existiert. In DRKV Verbandsmitteilungen, „Zukunft: pflegen „Unsere Hände für die Pflege“ 2. Deutscher Kongress für Pflegeschülerinnen im Rahmen des Diakoniekongresses vom 15.-17.Juni in Berlin, Sonderausgabe August 2009, 25f.
- Glock, C. Y. (1962). On the study of religious commitment. In Review of recent research bearing on religious and character formation (98–110). *Research supplement to Religious Education, 57*, July–August
- Grom, B. (2007). *Religionspsychologie*. München: Kösel.
- Hacker, W. (2005). *Allgemeine Arbeitspsychologie*. Bern: Huber.
- Heckhausen, H. (1989). *Motivation und Handeln*. München: Springer.
- Hoffmann-Riem, C. (1980). Die Sozialforschung einer interpretativen Soziologie – Der Datengewinn. *Kölner ZS für Soziologie und Sozialpsychologie, 32(2)*, 339-372.
- Holohan, C.J., Moos, R.H. & Bonin, L. (1997). Social support, coping and psychological adjustment: A resource model. In G.R. Pierce, B. Lakey, I.G. Sarason & B.R. Sarason (Eds.), *Sourcebook of social support and personality* (3-18). New York: Plenum.
- Holz, M., Zapf, D. & Dormann, C. (2004). Soziale Stressoren in der Arbeitswelt. *Arbeit, 3*, 305-311.
- Huber, S. (2003). *Zentralität und Inhalt: Ein neues multidimensionales Messmodell der Religiosität*. Opladen: Leske & Budrich.
- Huber, S. (2008). Kerndimensionen, Zentralität und Inhalt. Ein interdisziplinäres Modell der Religiosität. *Journal für Psychologie 3*.
- Huber, W. (2009): Pflege braucht Beziehung, braucht Spiritualität. In DRKV Verbandsmitteilungen, „Zukunft: pflegen „Unsere Hände für die Pflege“ 2. Deutscher Kongress für Pflegeschülerinnen im Rahmen des Diakoniekongresses vom 15.-17.Juni in Berlin, Sonderausgabe August 2009, 27f.
- Käppeli, S. (2007): Aspekte des Transzendenten in der Pflege – Berührungspunkte und Grenzen zwischen Pflege und Seelsorge. Fachvortrag anlässlich der Eröffnungsfeier der Pflegewissenschaftlichen Fakultät der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar, 18.10.2007.
- Käppeli, S. (2004). *Vom Glaubenswerk zur Pflegewissenschaft*. Bern (Haupt).
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs. 2 Vol.* New York: Norton.
- Kumbruck, C. (2008). *Forschungsbericht „Spiritualität in der diakonischen Pflege – quo vadis?“* Schriftenreihe des SI-EKD.
- Lachmann, M. (2005). *Gelebtes Ethos in der Krankenpflege*. Stuttgart (Kohlhammer).
- Lubatsch, H. (2008): Spiritualität von Pflegepersonen. Literaturrecherche für das Sozialwissenschaftliche Institut der EKD (SI). Hannover: SI-EKD.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B. & Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology, 52*, 397-422.

- Mauk, K.L. & Schmidt, N.K. (2004). *Spiritual Care in Nursing Practice*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Möller A., Reihmann, S. (2003). „Spiritualität“ und Befindlichkeit – subjektive Kontingenz als medizinisch psychologischer und psychiatrischer Forschungsgegenstand. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie*, 71, 609-616.
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G., & Perrez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious Coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37, 710–724.
- Raeithel, A. (1993). Auswertungsmethoden für Repertory Grids. In J. Scheer & A. Catina (Hrsg.), *Einführung in die Repertory Grid-Technik. Band 1: Grundlagen und Methoden* (S.41-67). Bern u.a.: Hans Huber.
- Raeithel, A. (1995). *Kooperative Modellproduktion von Professionellen und Klienten – erläutert am Beispiel des Repertory Grid*. Hamburg: unveröffentlichte Version 5.0 vom Oktober 1995 (frühere Version in 'Mitteilungen der Arbeitsgruppe zur Psychologie der persönlichen Konstrukte' 4/1993, No. 17 bis 3/1994, No 20).
- Riemann, R. (1991). *Repertory Grid Technik: Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Scheer, J. & Catina, A. (Hrsg.) (1993). *Einführung in die Repertory Grid-Technik. Band 1: Grundlagen und Methoden*. Bern u.a.: Hans Huber.
- Schnell, T. (2008). Religiosität und Identität. In R. Bernhardt & P. Schmidt-Leukel (Hrsg.), *Multiple religiöse Identität*. Zürich: Theologischer Verlag, 163-183.
- Schütze, F. (1977). *Die Technik des narrativen Interviews in Interaktionsfeldstudien – dargestellt an einem Projekt zur Erforschung von kommunalen Machtstrukturen*. Bielefeld: Universität Bielefeld, Fakultät für Soziologie.
- Stark, R., & Glock, C. Y. (1968). *American piety: The nature of religious commitment*. Berkeley/Los Angeles.
- Steinke, I. (1999). *Kriterien qualitativer Forschung. Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Sozialforschung*. Weinheim: Juventa.
- Unterrainer, H.-F. & Ladenhauf, K. H. (2008). Religiös-spiritueller Befinden im Kontext seelischer Gesundheit und Krankheitsverarbeitung: Ergebnisse eines interdisziplinären Forschungsprojekts. *Psychologie in Österreich*, 1, 54-61.
- Utsch, M. (2005). *Religiöse Fragen in der Psychotherapie. Psychologische Zugänge zu Religiosität und Spiritualität*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Volmerg, B., Senghaas-Knobloch, E. & Leithäuser, T. (1986). *Betriebliche Lebenswelt. Eine Sozialpsychologie industrieller Arbeitsverhältnisse*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Vorderwülbecke, N. (2005). *Erschwernisse in der Kommunikation mit alternden Menschen im Rahmen einer Demenz: welches Hilfsangebot kann die Sprachheilpädagogik zur Unterstützung der Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Demenzen bereithalten?* Seedorf: Signum.
- Zapf, D. u. a. (1999). Emotion Work as a Resource of Stress: The Concept and Development of an Instrument. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 8 (3), 371-400.

**SOZIALWISSENSCHAFTLICHES
INSTITUT**

der Evangelischen Kirche in Deutschland 

Blumhardstr. 2 · 30625 Hannover
Fon [0511] 5301-412/413 · Fax [0511] 5301-444
info@si-ekd.de · www.si-ekd.de