

„Können Sie mir nicht eine Schwester schicken?!“

Scham im Pflegebereich

Sara Bickelhaupt, Anita Bucur, Tanja Rempp, Stephanie Schmelz

Einleitung

Was Patientinnen als Scham erleben entspricht nicht den Erwartungen von Pflegenden, darauf verweisen Vuokila-Oikkonen, Janhonen & Nikkonen (2002). Eine solche Diskrepanz bedroht die Professionalität der Pflege, weil nicht optimal auf die Bedürfnisse der Patientinnen eingegangen wird. Die vorliegende qualitative Studie versucht die bisherigen Ergebnisse an einer deutschen Stichprobe zu replizieren und ein Kategoriensystem zum Schamerleben zu entwickeln.

Methode

24 Auszubildende der Krankenpflege (21 Frauen, 3 Männer) wurden mit Hilfe eines teilstrukturierten Fragebogens zum Schamerleben von Patientinnen befragt. Parallel dazu wurden 11 Patientinnen in zwei Krankenhäusern auf internistischen und chirurgischen Stationen interviewt. Die Teilnahme war bei beiden Gruppen freiwillig und die Anonymität wurde gewahrt. Das Durchschnittsalter der Auszubildenden betrug 21 Jahre ($SD = 1,9$), das der Patientinnen 61 Jahre ($SD = 17,2$).

Bildung des Kategoriensystems:

Die Interviews und Antworten wurden transkribiert und anschließend inhaltsanalytisch sensu Mayring (2000) ausgewertet (Interrater-Reliabilität: Cohens- $\kappa = .85$).

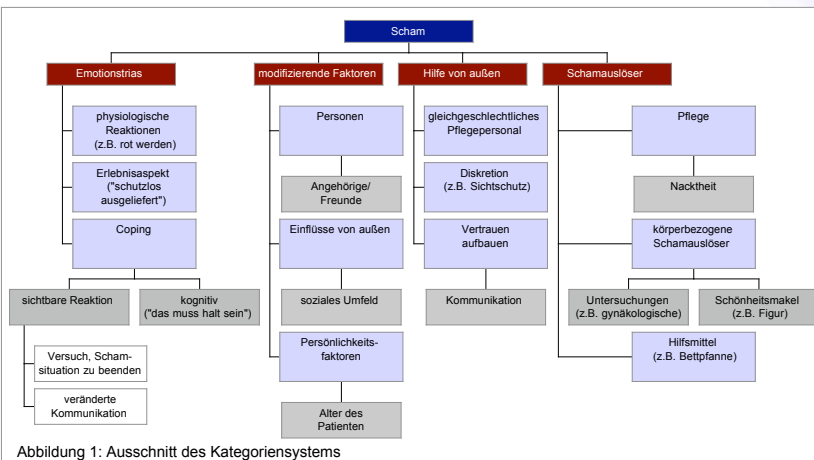


Abbildung 1: Ausschnitt des Kategoriensystems

Häufigkeitsauszählung:

Nach Erstellung des Kategoriensystems wurden die Statements den Kategorien zugeordnet und für jede Gruppe getrennt die Häufigkeiten ausgezählt. Bedeutsame Unterschiede zwischen Pflegenden und Patientinnen wurden mittels Binomialverteilung auf Signifikanz geprüft, weil aufgrund geringer Zellhäufigkeiten kein χ^2 -Test verwendet werden konnte.

Ergebnisse

Signifikante und tendenzielle Unterschiede zeigten sich bei folgenden Kategorien:

• Emotionstrias:

Patientinnen schildern häufiger Coping-Strategien („das muss halt sein“) ($p < .00$) und eher den Erlebnisaspekt („schutzlos ausgeliefert“) ($p < .00$)

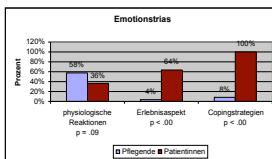


Abbildung 2: Häufigkeit der Nennungen für die Kategorie „Emotionstrias“

• Modifizierende Faktoren:

Im Vergleich zu Pflegenden scheint bei Patientinnen die Anwesenheit von Angehörigen ($p < .00$) sowie die soziale Herkunft (z.B. „Herkunft“, „Religion“) ($p = .02$) das Schamerleben häufiger zu beeinflussen. Hinsichtlich des Alters ergeben sich keine Unterschiede.

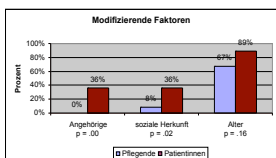


Abbildung 3: Häufigkeit der Nennungen für die Kategorie „modifizierende Faktoren“

• Hilfe von außen:

Externe Hilfen (z.B. „Diskretion“, „gleichgeschlechtliches Personal“), um mit der Scham besser umzugehen, werden häufiger von den Pflegenden ($p = .03$) genannt.

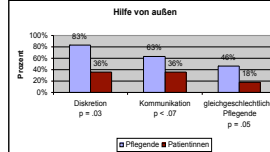


Abbildung 4: Häufigkeit der Nennungen für die Kategorie „Hilfe von außen“

• Schamauslöser:

Schönheitsmangel („dünne Beine“) und Nacktheit werden bevorzugt von den Patientinnen als Schamauslöser genannt ($p = .01$, $p = .02$). Konkrete medizinisch-pflegerische Untersuchungen sind eher in der Sichtweise der Pflegenden wichtige Schamauslöser.

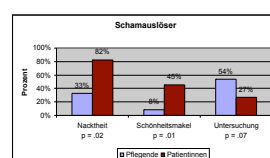


Abbildung 5: Häufigkeit der Nennungen für die Kategorie „Schamauslöser“

Fazit

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Pflegenden stärker die medizinischen Aspekte fokussieren und daher eher auf sichtbare, rein krankheitsbezogene Schamauslöser achten. Dies könnte an entsprechender Vermittlung im Rahmen der Ausbildung liegen. Dagegen verursacht das nicht krankheitsbezogene Körper selbstbild („Schönheitsmangel“) bei Patientinnen Scham. Während Pflegenden bemüht sind, Schamauslöser zu vermeiden, beeinflussen Patientinnen mit Coping-Mechanismen das Schamerleben. In Zukunft wäre es wünschenswert, den Auszubildenden auch diese Aspekte nahe zu legen, um eine optimale Pflege zu sichern.

Literatur

- Mayring, P. (2000). *Qualitative Inhaltsanalyse. 7 Aufl.*. Weinheim: Beltz.
Vuokila-Oikkonen, P., Janhonen, S. & Nikkonen, M. (2002). Patient initiatives in psychiatric care concerning shame in the discussion in co-operative team meetings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 23-32.