



Emotionen als Herausforderung in der End-of-life Care im Setting der Pflegeausbildung.

Abschlussarbeit

Universitätslehrgang Palliative Care

Vertiefungslehrgang Palliativpflege Stufe II / 2014-15

Name:	Doris Schlömmer, MSc
Lehrgangsbezeichnung:	Vertiefungslehrgang Palliative Care
Betreuerin:	Meike Schwermann, M.A., Dipl. Sozialwirtin (FH), Dipl. Pflegewissenschaftlerin (FH)
Abgabedatum:	15. Oktober 2015

Abstract

Hintergrund: Die Pflege und Begleitung von Menschen in den letzten Lebensstagen bedeutet eine hohe Anforderung an die Emotionsarbeit von Pflegeschülerinnen und Pflegeschüler. Die Konfrontation mit der eigenen Endlichkeit und den persönlichen Gefühlen sowie die gesellschaftliche Erwartungshaltung stellen sich, besonders im Setting der End-of-life Care, dabei als besonders herausfordernd dar.

Ziel: In dieser Arbeit wird der Frage nachgegangen, welche Emotionen die Pflegeschüler/innen im Umgang mit sterbenden Menschen empfinden und in welchen Situationen die Betreuung als sehr belastend erlebt wird. Zielsetzung ist die Konzeption möglicher didaktischer Methoden im Unterrichtsfach Palliativpflege, um die erforderlichen emotionalen Kompetenzen entwickeln zu können. Für die Beantwortung der zentralen Fragestellungen wird eine literaturgestützte Auswertung von einschlägiger Fachliteratur auf Basis einer systematischen Literaturrecherche und Literanalyse gewählt.

Ergebnisse: In der Betreuung von sterbenden Menschen empfinden angehende Pflegefachkräfte Emotionen wie Scham, Ekel, Angst, Schuld und Trauer. Die Gefühle können sich in Überforderung, Hilfslosigkeit und Unsicherheit zeigen, werden aber von Vorerfahrungen sowie dem Lebensalter individuell beeinflusst. Für die Emotionsarbeit benötigt es im Lernort Praxis eine professionelle pädagogische Begleitung im Lernort Schule die Reflexion der erlebten Situationen durch Bewusstmachung, Bearbeitung und vertiefender thematischer Auseinandersetzung.

Ausblick: Das duale Ausbildungssystem der Gesundheits- und Krankenpflege ist gefordert, die Bedeutung der emotionalen Arbeit zu betonen und die für eine würdevolle Betreuung sterbender Menschen erforderliche, emotionale Kompetenz zu vermitteln. Durch didaktische Methoden auf der reflexiven und transformativen Ebene kann die Selbstreflexion verstärkt, die Auseinandersetzung mit Emotionen gesteigert und somit die Forderung von Emotionsarbeit als berufliches Selbstverständnis sichergestellt werden.

Keywords: End-of-life Care, Sterben, Emotionen, Pflegeausbildung.

Inhalt

Einleitung	1
1.1 Ausgangssituation und Problemdarstellung	1
1.2 Zielsetzung	3
1.3 Methodik	3
2 Palliative Care im Setting Pflegeausbildung	4
2.1 Begriffsdefinitionen.....	4
2.2 Curricularer Bezugsrahmen.....	6
2.2.1 Palliative Care als Unterrichtsfach.....	6
2.2.2 Zielsetzung vom Unterrichtsfach Palliativpflege.....	7
3 Rolle der Emotionen in der Ausbildung	9
3.1 Emotionsarbeit als berufliches Selbstverständnis	9
3.1.1 Emotionen	9
3.1.2 Emotionsarbeit versus Gefühlsarbeit	10
3.2 Auslösende Situationen für emotionale Belastungen	12
3.3 Zentrale Emotionen von Pflegenden	13
3.4 Einflussfaktoren der Emotionsarbeit	15
3.4.1 Erfahrungswissen und Alter	16
3.4.2 Beziehung zum Sterbenden.....	16
3.4.3 Begleitung im Pflegealltag.....	17
3.5 Emotionale Kompetenz in der Ausbildung	18
3.5.1 Entwicklung der Handlungskompetenz	19
3.5.2 Bedeutung und Entwicklung emotionaler Kompetenz	19
4 Zusammenfassung	22
5 Literaturverzeichnis	24
6 Anhang	30

1 Einleitung

Das Sterben eines Menschen bezeichnet einen Prozess des Abschiednehmens und stellt dabei für alle beteiligten Personen, sei es für An- und Zugehörige oder professionell Pflegende, einen hohen Belastungsfaktor dar (Müller & Pfister, 2010, S. 227-228). Eine ganzheitliche Pflege im Setting der End-of-life Care beinhaltet insbesondere die Fürsorge und interprofessionelle Begleitung von Menschen (Heller & Knipping, 2007, S. 41). Es verlangt das Vorhandensein von Individualität, Empathie, Würde und nicht zuletzt von positiven, als auch von belastenden Empfindungen im Kontext der emotionalen Arbeit. Im ersten Teil der Arbeit werden, nach dem Anführen diverser Begriffsdefinitionen, die theoretischen und curricularen Grundlagen zum Unterrichtsfach Palliativpflege aufgezeigt. Der zweite Teil der Arbeit beschreibt die Emotionsarbeit als Teil des beruflichen Selbstverständnisses und seine Auswirkungen im Setting der Ausbildung. Es wird dabei die Notwendigkeit der emotionalen Kompetenz argumentiert und begründet sowie mögliche didaktische Methoden zu deren Vermittlung angeführt.

1.1 Ausgangssituation und Problemdarstellung

In der Pflege von schwerkranken und sterbenden Menschen werden qualitativ ausgebildete Pflegepersonen benötigt, die über emotionale Kompetenzen und Persönlichkeitsmerkmale verfügen (Arens, 2007). Pflegende sind in der Betreuung von sterbenden Menschen jedoch nicht nur mit den Emotionen des betroffenen Menschen konfrontiert, sondern werden im Kontext der Emotionsarbeit in ihren Handlungen auch von ihren persönlichen Gefühlen geleitet (Andraschko, 2008; Handler, 2013; Ohlrogge, 2012). Sterbebegleitung bedeutet unweigerlich einen ersten Schritt zur eigenen Auseinandersetzung mit dem Sterbeprozess und der eigenen Endlichkeit (Feichtner, 2014, S. 15). Die Emotionsarbeit der SchülerInnen stellt daher einerseits eine Herausforderung an die Unterrichtsmethodik und andererseits an die begleitenden Pflegepersonen in der Praxis dar.

Widegger, Schulc & Them (2011) fordern für die Interaktions- und Beziehungsarbeit „[...] einen professionellen Umgang unter Bewahrung von Menschlichkeit und Empathie [...]“, weisen aber deutlich auf vorhandene emotionale Dissonan-

zen, insbesondere bei herangehenden und jüngeren Pflegepersonen, hin (Widegger et al., 2011, zit. nach Handler, 2014, S. 212). Die Lerninhalte für die Pflegeausbildung sind in der Ausbildungsverordnung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes festgelegt. Die Pflege und Betreuung von terminalkranken Menschen im Setting der End-of-life Care sind darin explizit angeführt (Schwamberger & Biechl, 2011). Die PflegeschülerInnen kommen allerdings oft erst während der Ausbildung mit Sterben und Tod in Berührung und werden infolgedessen mit ihren Gefühlen konfrontiert. Es fehlen die eigene Erfahrung mit selbsterlebten Verlusterlebnissen sowie die aktive Auseinandersetzung mit Sterben und Tod (Widegger et al. 2011). Demzufolge werden Angst, Unsicherheit und Ohnmachtsgefühle empfunden und durch innere Vorgänge und äußere Ereignissen ausgelöst. Als elementare Erscheinungsformen werden Betroffenheit, Hilfslosigkeit, Angst, Wut, Schock, Ekel, Scham und Unsicherheit beschrieben (Hjörleifsdottir & Carter, 2000; Mutto et al., 2010; Kiger, 1994; Schleich, 1998; zit. nach Ohlrogge, 2012; Stähli, 2004; Cooper & Barnett, 2005; Müller et al., 2010).

Um Emotionsarbeit leisten zu können, benötigt es die Reflexion persönlicher Erlebnisse und das Bewusstsein für jene Elemente, die besonders belastend sind (Ohlrogge, 2012, S. 6). Daher muss neben der Weitergabe wissenschaftlicher Erkenntnisse im Palliativunterricht vor allem die Relevanz der Emotionsarbeit im Kontext der End-of-life Care im Mittelpunkt stehen, wozu wiederum konkrete didaktische Methoden erforderlich sind (Widegger et al., 2011, S. 110). Aus der angeführten Problemdarstellung ergeben sich für diese Arbeit folgende zentrale Fragestellungen.

- Welche Art von Emotionen beschreiben Pflegeschülerinnen und Pflegeschüler im Kontext von End-of-life Care bei der Betreuung von sterbenden Menschen?
- Welche Elemente verstärken die Emotionsarbeit bei Pflegeschülerinnen und Pflegeschüler im Umgang mit Sterbenden?
- Wie kann die Entwicklung der emotionalen Kompetenz in der Pflegeausbildung didaktisch gefördert werden?

1.2 Zielsetzung

Ziel dieser Arbeit ist es, zum einen die am häufigsten erlebten persönlichen Emotionen aufzuzeigen und zum anderen jene einflussgebenden Faktoren in der End-of-life Care aufzuzeigen welche die Situationen zu einer besonderen Herausforderung werden lassen. Aus den Ergebnissen soll die Notwendigkeit der Emotionsarbeit in der Ausbildung bewusst und ein Begründungsrahmen für didaktische Methoden im Unterrichtsfach Palliativpflege geschaffen werden. Eine Reflexion des Umganges mit belastenden Emotionen und nachfolgender Vertiefung der emotionalen Kompetenzen soll erzielt und die Wertigkeit des emotionsbezogenen Lernens in der Pflegeausbildung betont werden.

1.3 Methodik

Die Arbeit geht von einer definierten Problemdarstellung zur Emotionsarbeit in der End-of-life Care bei PflegeschülerInnen im gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege aus. Zur Beantwortung der Fragestellungen wird die Methodik der Literatarbeit, zusammensetzend aus Literaturrecherche und Literaturanalyse, gewählt. Um den aktuellen Forschungsstand aufzuzeigen, wird im ersten Schritt eine systematische Literaturrecherche mittels Schlagwortsuche mit den Schlüsselwörtern End-of-life Care, Sterben, Emotionen, Pflegeausbildung in den Pflegedatenbanken PUBMED und DIMDI sowie unterschiedlichen Verlagsdatenbanken recherchiert. Zudem werden die Boolschen Operatoren „AND“ und „NOT“ im Rahmen der Literatursuche wissenschaftlicher Fachliteratur eingesetzt. Ferner werden auch die Quellenverweise der verwendeten Literatur sowie relevante Literaturquellen, die per Handsuche recherchiert werden, miteinbezogen. Im zweiten Schritt, der Literaturanalyse, wird die Literatur im Hinblick auf die Fragestellungen systematisch analysiert und kritisch bewertet.

2 Palliative Care im Setting Pflegeausbildung

Palliativpflege ist eines der jüngeren Gebiete der Pflegeprofession, wenn auch die Begleitung Sterbender und die Betreuung schwerkranker Menschen schon immer zu den Kernaufgaben der Pflege gehört hat. Im folgenden Teil der Arbeit werden die Begriffe „Palliative Care“ und „End-of-life Care“ näher erläutert und nachfolgend die curriculare Etablierung von Palliativpflege in der Ausbildung erörtert.

2.1 Begriffsdefinitionen

Der Begriff „palliativ“ stammt vom lateinischen Wort „pallium“ ab und bedeutet Mantel. Der Terminus „care“ steht für Versorgung im Sinne einer ganzheitlichen Begleitung und Betreuung (Pleschberger & Heimerl, 2005, S. 18). Die Weltgesundheitsorganisation hat im Jahre 1990 eine Definition von Palliative Care dargelegt und diese im Jahre 2002 überarbeitet. Dabei wird betont, dass Sterben und Tod als zum Leben gehörend zu sehen ist, eine palliative Versorgung den Todeszeitpunkt nicht verzögert, die Linderung der Symptome im Vordergrund steht, die physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Versorgungsaspekte zu berücksichtigen sind und die Lebensqualität vom Betroffenen und seiner Familie im Vordergrund steht (WHO, 2002, zit. nach Pleschberger & Heimerl, 2005; German Ethics Council, 2006, zit. nach Bioethikkommission, 2011).

Palliative Pflege ist ein integrierter Teil von Palliative Care und hat die Linderung von Leiden durch ein frühzeitiges Erkennen und Einschätzen aller Symptome auf der Ebene eines ganzheitlichen Menschenbildes zur Aufgabe. Dabei stehen Prävention, Assessment und Behandlung im Mittelpunkt, mit dem Ziel die Autonomie vom Betroffenen zu erhalten, die Bedürfnisse zu respektieren und dessen/deren Lebensqualität zu fördern (Feichtner, 2014, S. 16). Palliative Behandlung kann in jeder Phase einer unheilbaren Erkrankung angebracht sein und ist keineswegs nur die Pflege von Menschen am Lebensende. Dennoch ist die Versorgung von Patienten und deren Angehörigen in der letzten Lebensphase ein wichtiger Bestandteil der Palliativpflege und von mannigfaltigen, multifaktoriellen Symptomen gekennzeichnet (Spichiger, 2007, S. 480). Sind Handlungen und Verhaltensweisen auf einen sterbenden Menschen und sein familiär-soziales Um-

feld ausgerichtet, wird dieses Versorgungskonzept als End-of-life Care bezeichnet (van der Heide, 2007, zit. nach Widegger et al., 2011, S. 102). Der Zeitraum für die End-of-life Care ist, wie nachfolgend deutlich wird, nicht immer einheitlich und in der Symptomatik abgegrenzt.

Die Europäische Gesellschaft für Palliative Care (EACP) sieht End-of-life Care als „Versorgung am Lebensende“, wobei dieses einen Zeitraum von ein bis zwei Jahren betrifft und die Erkrankung als lebensbedrohend eingeschätzt wird (Radbruch & Payne, 2011, S. 220). Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) gibt ergänzend noch körperliche und geistige Charakteristika an, die für diese Phase typisch sind. Hier sind vor allem deutliche Beeinträchtigungen sowie ein rascher Wechsel diverser Aktivitäten, wie beispielsweise körperliche Schwäche, veränderte Atmung, reduzierte Nahrungsaufnahme oder eine zunehmende Immobilität angeführt. Dies wiederum erfordert eine engmaschige Betreuung und vermehrte Unterstützung der/des Patient/in sowie die Akzeptanz von Sterben als natürlichen Prozess (DGP, 2015).

Jonen-Thielemann definiert End-of-life als Terminalphase und damit als vorletzte Phase des Sterbeprozesses. In ihrem Vierphasenmodell beschränkt sich die Terminalphase auf die letzten Tage und wenigen Wochen, die eigentliche Sterbephase auf die letzten Stunden (Jonen-Thielemann, 1997, zit. nach Feichtner, 2014, S. 51). Die Sterbephase definiert sich dadurch, dass der Betroffene keinerlei Reaktionen zeigt und sein Bewusstsein nicht mehr nach außen gerichtet ist (vgl. Jonen-Thielemann, 1997, zit. nach Bethmann, 2008, S. 6). Auch Nagele und Feichtner (2005) beschreiben im Kontext der End-of-life Care die „Terminalphase“, die dann einsetzt, wenn ein Mensch als sterbend erkannt wird. Hier fehlt es allerdings, neben der Beschreibung eines verstärkten Rückzugs oder einer veränderter Atmung, an expliziten Merkmalen, zu welchem Zeitpunkt diese Phase beginnt (Nagele & Feichtner, 2005, S. 37-38). Inhalt aller Definitionen ist, dass die End-of-life Care eine umfassende Versorgung am Lebensende und ein Teil von Palliative Care ist (Nauck & Jaspers, 2003, zit. nach Handler, 2014, S. 212). Im Zentrum einer hier ganzheitlich geforderten Pflege steht die Autonomie des Menschen, dessen persönliche Bedürfnisse und die noch verbleibende Lebensqualität (Kern, 2000, zit. nach Pribil, 2005, S. 190).

2.2 Curricularer Bezugsrahmen

Die Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege erfolgt als duale Berufsausbildung im Ausmaß von drei Jahren und umfasst insgesamt 4600 Stunden, von welchen 2000 Stunden in die Theorie, 2480 Stunden in die Praxis und 120 Stunden in den schulautonomen Bereich entfallen (GuKG, 1997, idF BGBl I 2005/69, zit. nach Weiss-Faßbinder & Lust, 2010, S. 200).

Bis zum Jahr 1997 war die Begleitung sterbender und schwerkranker Menschen nicht als konkretes Fach in der Ausbildung explizit ausgewiesen. Es lag in der Entscheidung der einzelnen Ausbildungseinrichtungen und jeweiligen Lehrpersonen, wie weit und in welchem Ausmaß die Auseinandersetzung mit Sterben und Tod Ausbildungsinhalt sein soll. Die Pflege von Sterbenden war damit als ergänzend zu sehen und curricular nicht fundiert (Widegger et al., 2011, S. 103). Im Zuge der gesetzlichen Neuformierung wurde vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheit (ÖBIG) von 1998 bis 2003 ein offenes, praxisintegriertes Curriculum konzipiert, indem unter anderem auch das Fach Palliativpflege als neues Unterrichtsfach angeführt ist.

2.2.1 Palliative Care als Unterrichtsfach

Durch die obligatorische Implementierung des Unterrichtsfachs „Palliativpflege“ wurde der Etablierung von Palliative Care als Versorgungskonzept Rechnung getragen (Pleschberger & Heimerl, 2005, S. 15-16). Das Fach „Palliativpflege“ beträgt pro Ausbildungsjahr 20 Unterrichtseinheiten und kann sowohl in der Form einzelner Unterrichtsstunden vor der ganzen Klasse, als Gruppenunterricht als auch geblockt in Seminarform von einer/einem LehrerIn für Gesundheits- und Krankenpflege abgehalten werden. Die Ausbildungsverordnung (GuK-AV, 1999) sieht auch eine Einzelprüfung über die Inhalte des ersten und zweiten Ausbildungsjahres im zweiten Ausbildungsjahr vor. Zudem wird der gesamte Lerninhalt zur kommissionellen Diplomprüfung durch einzelne Prüfungsfragen oder als Fallbeispiel abgeprüft (Schwamberger, 2008, zit. nach GuK-AV, 1999).

Als Inhalte für das Fach Palliativpflege im gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege sind die Themen „Leben und Sterben“, „Einführung in die Palliativpflege“, „Pflege und Begleitung von chronisch kranken, terminalkranken

und sterbenden Menschen“, sowie „Schmerztherapie“ als Lehrinhalte expliziert definiert (GuK-AV, 1999). Die angeführten Aspekte im Alltag anzuwenden bedeutet aber nicht nur das erlernte Fachwissen einzusetzen, vielmehr beinhaltet es eine Arbeitskultur, wodurch Interdisziplinarität und Interprofessionalität sowie Patientenorientierung erst möglich wird (Heller, 2000, S. 14-16).

Die Schwerpunkte können, für die Vermittlung einer palliativen Haltung, daher nicht als reines theoretisches Wissen den Auszubildenden explizit vermittelt werden (Pleschberger & Heimerl, 2005, S. 21). Nebenbei ist in diesem Zusammenhang zu konstatieren, dass im dualen Ausbildungssystem auch die praktische Qualifizierung einen sehr hohen Stellenwert einnimmt. Genau dort braucht es eine Auseinandersetzung und Vertiefung mit jenen Inhalte, welche die SchülerInnen im theoretischen Unterricht gelernt haben. Die Ausbildungsverordnung sieht Palliativpflege auch nicht als eigenes Pflichtpraktikum vor. Es kann aber als Wahlpraktikum im 2. Ausbildungsjahr im Rahmen von mindestens 160 Stunden absolviert werden (GuKG-AV, 1999). Dadurch wird den Auszubildenden die Möglichkeit gegeben, Palliative Care als Konzept anzuwenden und als Ideologie auch zu leben. Für diese Haltung bedarf es, neben der Reflexion persönlicher Emotionen eine „[...] hohe fachliche und menschliche Kompetenz [...]“, die die Konfrontation mit der eigenen Endlichkeit voraussetzt“ (Kloke, 2013, S. 11).

2.2.2 Zielsetzung vom Unterrichtsfach Palliativpflege

Palliativpflege lässt sich weder als reiner Wissensbestand abfragen, noch kann das Fach von anderen Ausbildungsinhalten strikt getrennt werden. Palliative Care ist auch nicht an bestimmte Einrichtungen, Altersgruppen oder Diagnosen gebunden, sondern umfasst ein breites Spektrum an Krankheitsbildern aller Institutionen, bei denen eine kurative Behandlung nicht mehr möglich ist. Aufgabe der Pflegeausbildung ist es daher, die zukünftigen Pflegenden auf eine bedürfnisorientierte Versorgung von palliativen Patient/innen in allen Pflege- und Gesundheitseinrichtungen sowie in allen Lebensphasen vorzubereiten und somit die „Palliative Care Philosophie“ organisationsunabhängig umzusetzen (Heller, et al., 2000, zit. nach Pleschberger & Heimerl, 2005, S. 20). Ziel des Palliativunterrichts ist folglich nicht nur die Vertiefung der angeführten theoretischen Inhalte als Einzelelemente,

sondern die Vermittlung „[...] eines Grundverständnisses von Palliative Care [...]“. Dabei steht das Erreichen von kognitiven, sozialen und emotionalen Lernzielen im Vordergrund (Pleschberger & Heimerl, 2005, S. 21-22.). Denn „Palliativpflege lässt sich nicht lernen, indem man ein Buch liest. Vielmehr braucht es geeignete Kontexte und Anregungen zur Auseinandersetzung mit den Inhalten.“ (Pleschberger & Heimerl, 2005, S. 18).

Die kognitiven Schwerpunkte im Unterrichtsfach Palliativpflege aller drei Ausbildungsjahre liegen demgemäß im Umgang mit komplexen Pflegesituationen, der Patientenorientierung und der Durchführung individueller, bedürfnisorientierter Pflegehandlungen. Daneben bedarf es aber, wie Pleschberger & Heimerl (2005) betonen, vor allem die Vermittlung sozialer und emotionaler Kompetenzen, welche im folgenden Teil der Arbeit diskutiert und begründet werden.

3 Rolle der Emotionen in der Ausbildung

Die Arbeit mit sterbenden Menschen gilt gesellschaftspolitisch gesehen als belastend und fordernd. In der Auseinandersetzung wird dabei deutlich, wie komplex und zugleich aber bedeutend dieses Thema als Berufsidealität ist. Nachfolgend werden Emotionen als Teil des beruflichen Selbstverständnisses sowie jene Situationen erläutert, welche dabei als besonders belastend wahrgenommen werden.

3.1 Emotionsarbeit als berufliches Selbstverständnis

Pflege ist nicht nur eine Tätigkeit oder eine Handlung, sie ist auch ein Prozess der Interaktion zwischen Pflegeperson und PatientInnen. Die zwischenmenschliche Beziehungsarbeit wurde bereits in den 50er Jahren von Hildegard Peplau (1997) erkannt. Die Pflege-theoretikerin positionierte die Rolle der Beziehung als zentrales Element der Theorie und postulierte damit die Förderung der personalen, reflexiven und emotionalen Kompetenz (Kühne-Ponesch, 2004, S. 127-133).

3.1.1 Emotionen

Der Begriff „Emotion“ leitet sich vom lateinischen Wort „ex“ und „movere“ ab und bedeutet Bewegung nach außen. Emotionen und Gefühle werden häufig synonym verwendet, bezeichnen Reaktionen auf Prozesse von Wahrnehmungen, Erlebnisse, Vorstellungen oder Erinnerungen (Hausmann & Koller, 2011, S. 34). Sie werden aktuell und unterschiedlich erlebt, sind meist auf ein Objekt gerichtet und differenzieren sich in ihrer Art und Intensität (Meyer, Schützenwohl & Reizenzein, 2001).

Emotionen bestehen aus physiologischen, expressiven, kognitiven, aktionalen und subjektiven Komponenten und sind daher mehr als nur ein Gefühl (Stähli, 2004, S. 23; Pontes, 2011). Durch Emotionen werden Menschen zum Handeln oder zu einem bestimmten Verhalten veranlasst und körperliche Empfindungen mit mentalen Elementen verbunden (Pontes, 2011). Das Wissen sowie die Wahrnehmung dieser gehören zu einen der wichtigsten Eigenschaften von Pflegepersonen.

3.1.2 Emotionsarbeit versus Gefühlsarbeit

Emotionsarbeit bezeichnet den Umgang der Pflegepersonen mit den eigenen Emotionen, die sich aus gegebenen Anlässen und Pflegehandlungen ergeben (Bischoff-Wanner, 2002, S. 78). Diese wird auch als emotionale Arbeit tituliert und definiert einen psychischen und persönlichen Anspruch, den eine Person erfüllen muss, um bestimmte Gefühle zeigen oder beeinflussen zu können (Büssing, Giesenbauer & Glaser, 2003, S. 357). Gefühlsarbeit hingegen beschreibt die Beziehungsarbeit und damit die Arbeit an den Gefühlen der Patient/innen (Büssing & Glaser, 2003, S. 134- 136).

Hochschild (1990) definiert Emotionsarbeit als Konfrontation und Beschäftigung mit den eigenen Gefühlen. Dies bedeutet jene Art von Arbeit, in der die eigenen Empfindungen so ausgerichtet werden müssen, um diese nonverbal zeigen zu können. Aber nicht immer stimmen die eigenen Emotionen mit den gezeigten Emotionen überein (Zapf et al., 2002). Ende der 80iger Jahre wurde nach der Theorie von Peplau (1997) das Konzept der emotionalen Arbeit von Büssing und Glaser (2003) auf den Pflegebereich übertragen. Indem Pflegepersonen gerade in der End-of-life Care einer Vielzahl an Emotionen ausgesetzt sind, hat das Konzept der Emotionsarbeit von Büssing und Glaser (2003) in diesem Setting eine besondere Bedeutung (Widegger et al., 2011, S. 100).

Im Kontext der Emotionsarbeit ist ferner die eigene, als auch die gesellschaftliche Erwartungshaltung anzuführen, in welcher eine gewisse emotionale Anforderung als Selbstverständnis dem Pflegeberuf zugeschrieben wird. Das berufliche Selbstverständnis wird einerseits von den Pflegepersonen selber als Identitätsmerkmal und andererseits durch die Sicht und das geforderte Tätigkeitsprofil der Gesellschaft definiert. Es fordert Selbstreflexion und kritisches Denken und hat sich im Laufe der letzten Jahrzehnte stark verändert (Stöhr & Trumpetter, 2006, S. 1-2).

In der End-of-life Care sind Pflegeexperten und angehende Pflegepersonen mit konkreten emotionalen Wahrnehmungen durch Krankheit, Leid und Sterben konfrontiert. Stähli (2004) fordert dabei, dass Pflegende gegenwärtig lernen müssen ihre eigenen Gefühle fragend, aber differenziert und bewusst wahrzunehmen (Stähli, 2004, S. 26-27).

Die emotionalen Anforderungen ergeben sich aus dem beruflichen Selbstverständnis, müssen in der Ausbildung aber erst entwickelt werden (Bischoff-Wanner, 2002, zit. nach Widegger et al., 2011, S. 103). Die zentrale Frage ist hier, ob die Schüler/innen in der Ausbildung dahingehend unterrichtet oder sie im Pflegealltag der angeführten Konfrontation überlassen werden. Oelke (1998) sieht dies in ihren Ausführungen sehr kritisch und konstatiert dazu: „Ein professionelles Selbstverständnis erfordert [...] einen professionellen Umgang mit den beruflichen Anforderungen, was in der Ausbildung bisher häufig vernachlässigt wird.“ (Oelke, 1998, zit. nach Warmbrunn, 2006, S. 3). Sie fordert infolgedessen neben der Thematisierung emotionaler Anforderungen auch die Vermittlung von Fach-, Sozial-, Personal- und Methodenkompetenz, um die genannten Anforderungen bewältigen zu können (Oelke, 1998, zit. nach Warmbrunn, 2006, S. 3). Dabei spielen für Oelke (1998) insbesondere der Umgang mit Belastungen, die Reflexionsfähigkeit, das Selbstbewusstsein und die Selbstverantwortung eine entscheidende Rolle (Oelke, 1998, zit. nach Warmbrunn, 2006, S. 3). Pflegeschüler/innen zeigen mehr Emotionen als erfahrene KollegInnen, was die Auseinandersetzung mit Emotionen in der Ausbildung unterstreicht und die Wichtigkeit von emotionsbezogenes Lernen hervorhebt (Widegger et al., 2011, S. 100).

Die Ergebnisse einer Untersuchung von Kersting (2005) bekräftigen, dass die in der Ausbildung vermittelte patientenorientierte Pflege aber nicht selbstverständlich den Prozess der Desensibilisierung verhindern kann. Schüler/innen wissen zwar was sie tun sollten, ihr Handeln wird aber schnell von den Ansprüchen der Wirklichkeit durchdrungen. Daher muss die Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit im Pflegealltag zum Unterrichtsthema gemacht werden. Eine Möglichkeit ist dafür die Analyse eigener, erlebter Konfliktsituationen. Durch eine anschließende kritische Reflexion erlebter Emotionen ist es den Auszubildenden möglich, emotionale Kompetenz zu erwerben (Kersting, 2005).

Im folgenden Kapitel werden Gegebenheiten und Verhältnisse belastender Pflegesituationen im Kontext der End-of-life Care als Impuls möglicher positiver oder negativer Emotionen von PflegeschülerInnen dargestellt.

3.2 Auslösende Situationen für emotionale Belastungen

Handlungen zur Verbesserung der Lebensqualität rücken in der End-of-life Care in den Vordergrund, Maßnahmen zur quantitativen Lebensverlängerung hingegen in den Hintergrund. Es bedarf dazu einer individuellen Begleitung auf der physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Ebene aller Professionen. Die letzten Tage sind vor allem von sehr komplexen Situationen und fortschreitenden Symptomen gekennzeichnet, in dessen Mittelpunkt ein stark reduzierter Allgemeinzustand steht. Diese Tatsache stellt die BegleiterInnen vor eine beträchtliche emotionale Anforderung und verlangt nicht nur fachliches Wissen, sondern vor allem die emotionale Kompetenz aller Professionen im Sinne von Empathie, Kongruenz und Akzeptanz (Kloke, 2013, S. 9, 11).

Dabei können elementare Veränderungen, wie zunehmende Schwäche, Übelkeit, chronische Schmerzzustände, Bewusstseinsminderung, die Reduktion der Nahrungsaufnahme, ein vermindertes Durstgefühl oder eine rasselnde Atmung Emotionen hervorrufen (Bausewein, 2004, S. 523). Neben diesen physischen Symptomen sind es vorzugsweise die Forderung nach körperlicher Berührung oder Angstzustände, aber auch die Ablehnung von Nähe und Kommunikation, die Zurückgezogenheit sowie mögliche spirituelle Fragen, die Unsicherheit und Ohnmachtsgefühle erzeugen können (Pribil, 2005, S. 195-199). Schmidt (2010) begründet den Aspekt der Belastung auch damit, dass die Auszubildenden häufig „Laien im Umgang mit Sterben und Tod“ sind und wenig Erfahrung mit den angegebenen Symptomen haben (Schmidt, 2010, S. 643).

Ohlrogge (2012) konnte dazu feststellen, dass es allerdings nicht einzelne Elemente sondern die Situation an sich bzw. deren Komplexität ist, welche die Auszubildenden belastet. Dabei stellt vor allem die Pflege von onkologischen Patient/innen und das Alter der/des Patienten eine hohe emotionale Belastung dar. Des Weiteren haben die Dauer und Intensität der Betreuung einen Einfluss (Widegger et al., 2011, S. 108). Mehrere SchülerInnen berichten zusätzlich bei plötzlichen und unerwarteten Todesfällen Gefühle von emotionaler Überforderung (Ohlrogge, 2012). Nachstehend werden jene Emotionen, die von SchülerInnen dabei am meisten wahrgenommen werden aufgezeigt.

3.3 Zentrale Emotionen von Pflegenden

Die Pflege und Betreuung von sterbenden Menschen kann einerseits eine bereichernde und andererseits eine emotional anstrengende Aufgabe von Beziehungsarbeit sein. Die Dominanz der einzelnen Emotionen ist hier sehr unterschiedlich, das Wissen um deren Funktionen aber sehr hilfreich. Nach Auffassung von Stähli (2004) verstärkt die Pflege von Sterbenden die Wahrnehmung von Schuld, Scham, Ekel, Angst, Wut, Ärger, Hoffnung und Traurigkeit (Stähli, 2004, S. 15). Daneben werden aber auch Freude, Hoffnung und Zuneigung als positive Verstärker und situationsentlastende Gefühle genannt (Stähli, 2004, S. 153; Handler, 2014). Ohlrogge (2012) führte dazu eine qualitative Datenerhebung anhand episodischer Interviewbefragungen bei 10 PflegeschülerInnen durch. Sie berichtet dabei nicht nur den angeführten negativen Gefühlen, sondern auch vom Gefühl der Zufriedenheit, welches SchülerInnen vor allem dann entwickeln, wenn eine patientenorientierte Bezugspflege möglich ist. Dennoch überwiegen die negativen Verstärker, welche nachfolgend näher erläutert werden.

Schuld kann vorzugsweise nach Handlungsentscheidungen empfunden werden, besonders dann, wenn die zu betreuenden PatientInnen keine Möglichkeit mehr hatten, sich zu artikulieren. Schuldgefühle entstehen wenn Pflegende sich mit ihrem Rollenverständnis auseinandersetzen und dabei ihre Verantwortlichkeit in Frage stellen (Stähli, 2004, 48-50). Um in der Pflege von sterbenden Menschen handlungsfähig zu bleiben, versuchen Pflegepersonen auch eine emotionale Distanz als Abwehrstrategie zu entwickeln, was aber langfristig zu Schuldgefühlen führen kann (Müller, 2007, S. 421).

Scham, in der Form vom Schamgefühl als Haltung, entsteht vor allem bei Verlegenheit oder bei unbewussten Fehlern. Das Schamgefühl bezeichnet eine Diskrepanz zwischen der Soll- und der Ist-Situation und ist eng mit der eigenen Rolle verknüpft. Eine zu hohe Erwartung an die eigene Rolle kann demnach zu Scham in Form von Verlegenheit, dem Gefühl von Scheu und Selbstüberschätzung führen (Stähli, 2004, S. 68-69).

Das Gefühl **Ekel** wird in der End-of-life Care oftmals tabuisiert, wenn auch Pflegende einer Vielzahl an ekelerregenden Situationen individuell gegenüber stehen

und der Ekel als eine der stärksten und dauerhaftesten Belastungen titulierte wird (Stähli, 2004, S. 81-82; Albrecht & Keßler, 2006). Beispielhaft sind hier das Aussehen oder der Geruch exulzierender Wunden anzuführen (Montag, 2011, S. 8).

Krey (2003) bezeichnet Ekel als „Primäraffekt“ und Form physischer Abwendung oder Aversion. Ekel kann als Affekt zur unmittelbaren Reizung des Individuums führen, Zorn verursachen und zu inneren Konflikten führen. Der Umfang an Ekelgefühlen hängt davon ab, wie viel der vom Ekel Betroffene über dieses Phänomen weiß (Krey, 2003, S. 28-30). Ekel kann auch als Gefühl der Distanzierung, der Abwehr bis hin zum „Gefangensein“ erlebt werden (Albrecht & Keßler, 2006). Umso länger Pflegende mit dem Gefühl des Ekels unreflektiert konfrontiert werden, umso weniger wird das Gefühl toleriert (Stähli, 2004, S. 82). Ergänzend ist hier zu konstatieren, dass Ekel zwar erlebt aber nicht immer bewusst gemacht wird. Dazu hat Krey (2004) in ihren Untersuchungen herausgefunden, dass sich PflegeschülerInnen die Ekelgefühle nicht zu zeigen trauen und diese somit überspielen. Diese Verhaltensweisen lassen ein Bewusstmachen und Verarbeiten von Belastungen nicht zu und führen nachhaltig zu intrapersonellen Spannungen.

Angst entsteht zumeist aus Unsicherheit, Überlastung oder Ohnmacht und ist mit einer „[...] Reaktion des Weglaufenwollens“ vergleichbar (Stähli, 2004, S. 102). PflegeschülerInnen sind in der Begleitung sterbender Menschen unerfahren und fühlen sich beim ersten Kontakt mit sterbenden Menschen überfordert und unsicher im Handeln. Sie können oder getrauen sich zudem nicht über ihre Gefühle reden und haben Angst vor weiteren Betreuungssequenzen (Beatty, 2013, S. 16).

Angst lässt sich in vier Arten einteilen, dessen Elemente besonders in der terminalen Phase zum Tragen kommen können. Es ist es die Angst vor dem eigenen Sterben, die den Auszubildenden in der Betreuung bewusst wird. Weiter führt Wittkowski (1999) die Angst vor der eigenen Hilfslosigkeit, die Angst vor dem eigenen Tod als vollkommen Unbekanntes und die generelle Angst vor Toten an (Wittkowski, 1999, zit. nach Kostrzewa & Kutzner, 2002, S. 38).

Auch **Ärger** gehört neben Angst und Ekel zu jenen elementaren Emotionen, die in der End-of-life Care wiederholt empfunden wird. Die Stärke und Vehemenz des Todes als Bedrohung lässt Pflegende die Gefühle von Unbehagen verspüren. Aber

nicht nur das sichtbare Leid der PatientInnen, sondern auch Stress, Frustration und Überlastung lassen Ärger aufkommen und führen zu weiterer Verunsicherung und zunehmender Ohnmacht (Stähli, 2004, S. 120-121).

Trauer bezeichnet die Reaktion auf Verlust und Trennung (Feichtner, 2014, S. 196). Sie steht auch für Leid oder Betroffenheit und beinhaltet häufig die Gefühle von Schuld, Ärger und Wut. Angehende Pflegepersonen erleben Traurigkeit in Konfrontation mit der eigenen Endlichkeit und im Prozess von Abschiednehmen, Verlustsituationen und Trennungseignissen (Stähli, 2004, S. 146; Handler, 2014; Halfpap, 2009).

Die angeführten Wahrnehmungen konnten, neben Stähli (2004) auch Ohlrogge (2012) und Michell et al. (2006) in ihren qualitativen Untersuchungen bestätigen. Sie kommen zum Ergebnis, dass die Betreuung von terminalen PatientInnen bei Auszubildenden einen hohen emotionalen Stress auslöst. Terry und Carroll (2008) belegen ebenfalls, dass der Umgang mit dem nahen Tod eine hohe Anforderung an die SchülerInnen stellt und bezeichnen diese sogar als [...] „emotionale Not“. Wogegen hier zu kommentieren ist, dass der stärkste Belastungsfaktor, den Müller et al. (2010) in ihren Untersuchungen angeben, der [...] „nicht erfüllte Anspruch an die Palliativmedizin“ ist, bei Auszubildenden aufgrund des fehlenden Fachwissens freilich nicht gestellt wird (Müller et al., 2010, S. 232). Aufgrund der aufgezählten Belastungsaspekte ist folglich zu klären, welche Elemente nun konkret das emotionale Erleben von Auszubildenden beeinflussen.

3.4 Einflussfaktoren auf die Emotionsarbeit

Die Notwendigkeit der Emotionsarbeit, als Merkmal sozialer Dienstleistungen, fordert eine kontinuierliche Reflexion und intensive Auseinandersetzung mit den eigenen Gefühlen (Johns, 2004). Dessen ungeachtet gibt es einflussgebende Elemente, welche die Arbeit entweder zu einer emotionalen Überforderung oder einer bereichernden Aufgabe werden lassen können.

3.4.1 Erfahrungswissen und Alter

Der Umgang mit Sterbenden kann für so manche/n SchülerIn ein Schock sein, denn „Tod und schwere Krankheit gehören heute nicht mehr zu den selbstverständlichen Lebenserfahrungen“ (Aulbert, 2007, S. 1068). Borasio (2012) spricht in diesem Zusammenhang auch von einer Institutionalisierung des Sterbens, dessen Tatsache es den PflegeschülerInnen sterbenden Menschen bis zum Ausbildungsbeginn zu begegnen, zusätzlich noch erschwert (Borasio, 2012, S. 29). Oftmalig fehlen, aufgrund des Durchschnittsalters von 17 bis 25 Jahren, auch persönliche Vorerfahrungen zu Sterben und Tod (Ohlrogge, 2012, S. 42). Manchmal haben sie aber auch ganz andere fiktive Vorstellungen von sterbenden Menschen (Kulbe, 2010; Ohlrogge, 2012; Schmidt, 2010, S. 642-644).

Die eigenen Erfahrungen und individuellen Vorstellungen werden unbewusst, unreflektiert und intuitiv angewandt. Schwarz-Govaers (2005) bezeichnet diese Wissens Elemente als „subjektive Theorien“, die implizit vorhanden und für praktische Ausführungen im Alltag unbewusst handlungsweisend sind. Die SchülerInnen haben demnach auch zum Thema Sterben und Tod eine „Subjektive Theorie“, welche aber nicht immer konkret durchdacht oder bis dahin explizit wahrgenommen wurde (Schwarz-Goavers, 2005, S. 38). Werden diese individuellen Alltagstheorien im Unterricht nicht bewusst gemacht, so ist eine Verknüpfung mit neuen Theorien kaum möglich und die eigenen subjektiven Theorien bleiben, besonders in emotionalen Stresssituationen, bestehen (Wahl, 2001, zit. nach Schwarz-Goavers, 2001, S. 282). Die Auseinandersetzung mit den eigenen Emotionen ist Inhalt jener didaktischen Methoden, welche die eigenen subjektiven Theorien „aufbrechen“ und an neue Theorien anknüpfen lassen (Wahl, 1995, zit. nach Schwarz-Goavers, 2005, S. 39).

3.4.2 Beziehung zum Sterbenden

Die Beziehung der Pflegenden zur/zum PatientIn ist durch besondere Nähe und Kontinuität gekennzeichnet. Gerade für PflegeschülerInnen bedeutet diese unvermittelte Konfrontation im Beziehungsaspekt aber einen potentiellen Stressfaktor (Beatty, 2013, S. 7). Sympathie und Vertraulichkeit können demzufolge zu einer

stärkeren emotionalen Bindung, aber auch zu einer Mehrbelastung an Trauer, Ohnmacht und Wut führen (Halpap, 2009, S. 15; Cooper & Barnett, 2005).

Die qualitative Studie von Ohlrogge (2012) berichtet, dass der Zeitpunkt des Todes im Zusammenhang mit der Beziehung zu sehen ist. PflegeschülerInnen sind dabei einerseits mit vielen Emotionen konfrontiert, bauen andererseits aber nach längeren Betreuungssequenzen durchaus eine Beziehung auf. Bei unerwarteten Todesfällen und/oder fehlenden Angehörigen sind es häufig die Auszubildenden, die am Sterbebett stehen und dabei Angst, Überforderung und Hilflosigkeit verspüren (Ohlrogge, 2012, S. 37). Neben Ohlrogge (2012) untersuchte auch Beatty (2013) die Perspektive von Studierenden in der pflegerischen Grundausbildung und konnte die Beziehung zur/zum Sterbenden als Schutzfaktor und damit positives Merkmal werten. Für die Auszubildenden ist der persönliche Bezug zur/zum PatientIn auch ein Aspekt, um Pflege befriedigend zu erleben und in der Betreuung offen und handlungsfähig zu bleiben. Dennoch fordern sie eine Unterstützung und Begleitung durch professionell Pflegende, um die gestellten Anforderungen auch bewältigen zu können (Beatty, 2013, S. 20-21). Auch in den Untersuchungen von Müller et al. wurde die Beziehung, hier vor allem die Nähe zum Patienten, als zweithäufigster Belastungsfaktor genannt (Müller, Pfister, Markett & Jaspers, 2010, S. 229).

3.4.3 Begleitung im Pflegealltag

Pflegepersonen und PraxisanleiterInnen haben besonders bei der Sterbebegleitung eine bedeutsame Rolle. Sie fungieren einerseits als Begleitung, andererseits als Vorbilder für die herangehenden Pflegepersonen und vermitteln aufgrund ihrer Unterstützungsangebote einen nachhaltigen Einfluss auf das zukünftige Verhalten im Berufsleben (Ohlrogge, 2012, S. 47). Terry und Carroll (2008) berichten in einer qualitativen Studie (n=307) dass sich die Auszubildenden allerdings auch oft alleine gelassen und unzureichend begleitet fühlen. Beatty (2013, S. 20) konnte dazu noch ergänzen, dass Schüler/innen manchmal sogar „[...] eher dem Zufall überlassen werden“.

Bezüglich der Anleitung wünschen sich SchülerInnen neben einer besseren, psychischen Unterstützung eine kommunikative, reflexive Auseinandersetzung mit

der Thematik Sterben und Tod. Sie erhalten oftmals fehlende Informationen seitens der Pflegepersonen und unbefriedigende Gespräche (Cooper & Barnett, 2005). Um den Anforderungen gerecht zu werden und Emotionsarbeit leisten zu können, bedarf es jedoch einer fachkundigen Kompetenzentwicklung. Im Bereich der End-of-life Care ist hier vor allem die emotionale Kompetenz anzuführen.

3.5 Emotionale Kompetenz in der Ausbildung

In der beruflichen Ausbildung hat sich die Entwicklung von beruflicher Handlungskompetenz als zentraler Wortgebrauch in Theorie und Praxis etabliert und wird dort als Qualifikationsanforderung im Kontext der Professionalität betrachtet. Der Kompetenzbegriff leitet sich vom lateinischen „competere“ und bedeutet „Die Fähigkeit, die für die Erreichung eines Zieles notwendig ist [...].“ (Hermann, 2002, S. 336). Die vier Kompetenzklassen der Handlungskompetenz als ganzheitliche Fähigkeit beinhalten die personale Kompetenz (Selbstkompetenz), die arbeits- und umsetzungsorientierte Kompetenz (Methodenkompetenz), die fachspezifische Kompetenz (Fachkompetenz) und die sozial-kommunikative Kompetenz (Sozialkompetenz) (Hasler Roumois, 2007, S. 127).

Weinert (2001, S. 27-28) beschreibt Kompetenz sowohl als kognitive Fertigkeiten, als auch als motivationale Bereitschaft diese in veränderlichen Situationen flexibel und zweckvoll einsetzen zu können. Dehnbostel (2003, S. 7) betont, dass Kompetenz ferner mit affektiven Fähigkeiten und sozialer Integration verbunden ist, durch individuelle Lern- und Entwicklungsprozesse erfolgt und vom Lernenden als selbstorganisiertes, komplexes Handeln ausgeführt wird. Neben den allgemeinen Handlungskompetenzen werden speziell für Palliativpflegepersonen im EACP Weißbuch zehn unterschiedliche Kernkompetenzen beschrieben. Diese Verantwortlichkeiten ergänzen Fertigkeiten und Haltungen zum beruflichen Alltag, verdeutlichen das Rollenverständnis und sollten sich daher in der Ausbildung wiederfinden. Das Konsensus-Dokument führt hier überdies die Fähigkeit „[...] auf die Herausforderungen von klinischen und ethischen Entscheidungsfindungen [...] zu reagieren“ an (Krumm, Schmidlin, Schulz & Elsner, 2015, S. 159-161).

3.5.1 Entwicklung der Handlungskompetenz

Patricia Benner (2012) unterscheidet für die Kompetenzentwicklung fünf Stufen und leitet diese für die Pflege aus dem Modell des Kompetenzerwerbs von Dreyfus & Dreyfus (1980, zit. nach Benner, 2012, S. 57) ab. Für Benner verändert sich die Arbeitsweise mit der beruflichen Erfahrung. Die Pflegekompetenz entwickelt sich über die Stufe der Anfängerin, der fortgeschrittenen Anfängerin, der kompetent Pflegenden und der erfahrenen Pflegenden zur Stufe der Pflegeexpertin. Für den Kompetenzerwerb sind die Orientierung an konkreten Erfahrungen, die ganzheitliche Erfassung sowie die aktive Handlung an realen Pflegesituationen entscheidend. Benner konstatiert dabei vor allem das Situationsverständnis und die reflektierte Erfahrung als Merkmal von Expertise und Professionalität (Benner, 2012, S. 63-71). Das fünfstufige Modell von Benner eignet sich im Kontext der End-of-life Care, weil dabei klar titulierte wird, dass der theoretische Unterricht nicht die eigenen Erfahrungen der Praxis ersetzen kann, sondern nur durch Erfahrungslernen in der Praxis möglich wird.

Neben Benner ist für die Ausbildung auch das Modell von Christa Olbrich zu nennen. Olbrich (2009) beschreibt Pflegekompetenz durch vier Handlungsdimensionen die aufeinander aufbauen, indem sie spezifische Befähigungen erfordern. Die Fähigkeit zum theoretischen, regelgeleiteten Handeln, die vertiefte Wahrnehmung, die Selbstreflexion und die persönliche Stärke. Nach Olbrich zeigt sich die Pflegekompetenz in den Dimensionen des situativ-beurteilenden, des reflektierenden und des aktiv-ethischen Pflegehandelns und ist immer in Zusammenhang mit Beziehung und Umfeld des Pflegenden zu sehen (Olbrich, 2009, S. 64-67). Jede Dimension hat ihre eigenen Lernprozesse und bauen aufeinander auf (Olbrich, 2009, S. 68). Im Zusammenhang mit der emotionalen Kompetenz wird das aktiv-ethische Handeln im Lernprozess des identitätsfördernden Lernens für besonders bedeutsam erachtet.

3.5.2 Bedeutung und Förderung der emotionalen Kompetenz

Die emotionale Kompetenz benennt das Wissen um die eigenen Emotionen, die Erkenntnisse über mögliche Auswirkungen und die Fähigkeit über Techniken zu verfügen, diese zu bewältigen (Arnold, 2004, zit. nach Arens, 2007, S. 294). Da-

bei ist anzumerken, dass der emotionalen Kompetenz, als Teil der Selbst- oder Personalkompetenz ein hoher Stellenwert zukommt, dieser aber vor allem in der Ausbildung wenig Berücksichtigung findet (Stöhr & Trumpetter, 2006, S. 55; Oelke, 2005). Arens (2007, S. 293) konnte in diesem Zusammenhang aufzeigen, dass Pflegende mit emotionalen Äußerungen pflegebedürftiger Menschen nur sehr schwer umgehen können und fordert demnach die Vermittlung von emotionaler Kompetenz als integrativen Bestandteil der Pflegeausbildung. Persönlichkeitsentwicklung, Kritikfähigkeit und Reflexionsfähigkeit sind dabei wesentliche Aspekte, die es in der Ausbildung einzubeziehen gilt. Dadurch können mögliche An- und Überforderungen erkannt und eine eigene Haltung im Zusammenhang mit dem beruflichen Selbstverständnis entwickelt werden (Stöhr & Trumpetter, 2006, S. 4). Als Haltung werden die individuelle Einstellung und die körperliche Ausdruckform in bestimmten Interaktionen verstanden, die sowohl persönlichkeits- als auch gesellschaftsbezogen sein können (Oelke, 2009).

Auch Kulbe (2010) führt als Voraussetzung zur Betreuung von sterbenden Menschen neben dem Fachwissen und der Bereitschaft zur Selbstreflexion vor allem die Selbsterfahrung und Akzeptanz der eigenen Emotionen als elementare Notwendigkeit an (Kulbe, 2010, S. 39-42). Dazu ist in der pflegepädagogischen Praxis ein informationsorientierter als auch ein selbsterfahrungsorientierter Zugang sichergestellt sein. Für den Erwerb der emotionalen Kompetenz ist vor allem der zweite Aspekt ein bedeutsamer, da in der Betreuung Sterbender immer wieder eigene Erfahrungen und Perspektiven deutlich werden. Gefühle bestimmen das Handeln und müssen in einem selbsterfahrungsorientierten Lernprozess für diverse Bewältigungsstrategien mit einbezogen werden (Arens, 2007, S. 294-295). Arnold (2003) entwickelte dafür das Konzept des emotionalen Lernens, welches durch eine reflexive und transformative Ebene gekennzeichnet ist.

In der Dimension der Reflexion spielen Sachkenntnis, Selbstreflexion, Empathie und Akzeptanz eine Rolle. In der zweiten Dimension der Transformation sind die Komponenten der Entschleunigung emotionaler Reaktionen, das aktive Herbeiführen von Gefühlszuständen und das Umfühlen von erlebten Emotionen von Bedeutung (Arnold, 2003).

Dazu können, auf der reflexiven Ebene, die Methoden der strukturierten Reflexion (Johns, 2004; Sailer, 2000; Kappel & Strohscheer, 2006), die Reflexion von realen Pflegesituationen durch die handlungsorientierte Fallarbeit (Landwehr, 2006, S. 125), das kreative Schreiben (Sailer, 2000; Arens, 2007) und die Reflexionsrunde nach TZI (Themenzentrierte Interaktion nach Ruth Cohn) als Methode des sozialen Lernens (Drude & Zielke-Nadkarni, 2008, S. 120) angewendet werden.

Auf der transformativen Ebene können die SchülerInnen mittels vorgegebener Gefühlskarten Emotionen darstellen, artikulieren und Unterschiede wahrnehmen (Benner, 2002, zit. nach Arens, 2007, S. 300). Auch Reizwortassoziationen zu palliativen Texten oder Filmsequenzen sind eine Methode, in der Auszubildende lernen ihre Emotionen zu äußern und zu erörtern (Drude & Zielke-Nadkarni, 2008, S. 122). Eine besondere Rolle hat für Oelke (2009) das szenische Spiel im pflegepädagogischen Unterricht, indem an und mit der eigenen Haltung gearbeitet wird. Im Mittelpunkt des erfahrungsbezogenen Unterrichts stehen vor allem sozial-interaktive Komponenten anhand möglicher Darstellungen von „Macht und Ohnmacht, Scham und Schuld, Angst und Aggression, Abschied und Traurigkeit“. Die Absicht dieser Methode liegt darin, dass sich die Auszubildenden durch schauspielpädagogische Verfahren mit den eigenen Empfindungen vertraut machen und ihre Verhaltensweisen bewusster wahrnehmen können (Oelke & Scheller, 2009, S. 46-47).

Die angeführten Ansätze sind weder inhaltlich noch methodisch als vollständig zu erachten. Zentraler Aspekt aller pflegedidaktischen Ausführungen soll die bewusste Thematisierung von eigenen Emotionen durch Interaktion und Reflexion erfahrener Handlungssituationen sein (Stamouli, Brenninger & Gruber, 2009). Oelke (2005, S. 652) fordert neben der Förderung der ethischen und ichbezogenen Reflexionsfähigkeit auch eine Lernkultur, die es im Sinne einer „Gefühlskommunikation“ erlaubt sowohl über positive als auch negative Gefühle zu reden, zu weinen oder zu lachen. Dazu wird ein fachlich orientierter Frontalunterricht vor großen Schülerklassen als wenig sinnvoll erachtet, im Gegenteil hier braucht es Kleingruppen und eine Lehrperson, welche Beispiele zur emotionalen Auseinandersetzung bietet und die Beziehungsebene betont (Lüdecke, 1996, zit. nach Andraschko, 2008; Schewior-Popp, 1998, S. 130).

4 Zusammenfassung

Die Betreuung und Begleitung in der End-of-life Care soll sich im Rahmen einer ganzheitlichen Pflege durch Fürsorge, Würde, Empathie und Zuwendung auszeichnen (Knipping, 2007). Wenn auch diese Haltungen im Umgang mit Sterben und Tod als Teil des Berufsalltags gesehen werden, so ist eine unvorbereitete Konfrontation in der Ausbildung unumgänglich und mitunter sehr fordernd (Ohlrogge, 2012; Handler, 2013). Um diese im Kontext der beruflichen Erwartungshaltung auch replizieren zu können, wurde in dieser Arbeit der Frage nachgegangen, mit welchen Emotionen die PflegeschülerInnen in der End-of-life Care konfrontiert sind und wodurch die Wahrnehmung der eigenen Gefühle situativ verstärkt werden kann.

Als emotionale Wahrnehmungen werden in der Begleitung Sterbender vor allem Scham, Ekel, Angst, Wut, Schuld und Trauer beschrieben. Diese können in komplexen Handlungen oft noch durch Überforderung und Hilfslosigkeit im Verhalten verstärkt werden (Stähli, 2014). Krey (2004) betont bei den Auszubildenden vor allem das Gefühl des Ekels, welches mehrfach erlebt aber unzulänglich bewusst gemacht wird. Im Setting der End-of-life Care sind es vorzugsweise physische Veränderungen wie chronische Schmerzzustände, der Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit oder die akute Atemnot und Todesangst, die Pflegende die Komplexität der Situation als besonders belastend empfinden lassen (Bausewein, 2004). Daneben können aber auch die Forderung nach Berührung und spirituellen Gesprächen, als auch die Ablehnung von Nähe und Fürsorge Gefühle der Ohnmacht und Unsicherheit auslösen (Pribil, 2005). Zudem hat das eigene Erfahrungswissen, die Beziehung zum Sterbenden und die Begleitung der PflegeschülerInnen durch Pflegefachkräfte einen Einfluss auf emotionale Stresssituationen (Schwarz-Govaers, 2005; Beatty, 2013; Ohlrogge, 2012; Müller et al. 2010)

Durch die Aneignung der emotionalen Kompetenz lernen die Auszubildenden ihre Gefühle bewusst zu machen, diese zu artikulieren, und sich damit vor Überforderung und Angst zu schützen (Widegger et al., 2011; Arens, 2007). Eine Methode ist der selbsterfahrungsorientierte Zugang durch emotionales Lernen auf der reflexiven und transformativen Ebene (Arnold, 2003). Daneben können auch die struk-

turierte Reflexion (Johns, 2004), die handlungsorientierte Fallarbeit (Landwehr, 2006) oder das kreative Schreiben (Sailer, 2000) zur Reflexion von belastenden Situationen und erlebten Gefühlen im Palliativunterricht eingesetzt werden. Zur Selbstwahrnehmung und Reflexion der eigenen Haltung kann als didaktische Methode das szenische Spiel in der Kleingruppe angewendet werden (Oelke, 2009).

Die Ergebnisse dieser Arbeit bestätigen die bisherigen persönlichen Erkenntnisse zum Erleben von PflegeschülerInnen in der End-of-life Care. Sie zeigen dennoch interessante Aspekte zur Auseinandersetzung mit Sterben und Tod sowie der Reflexion persönlicher Erlebnisse. In der Arbeit wurde deutlich, dass vor allem junge SchülerInnen aufgrund ihrer mangelnden Erfahrungen oft erstmalig mit der Tatsache der Lebensbegrenztheit konfrontiert und daher sehr intensiv und wiederholt den angeführten Gefühlen ausgesetzt sind. Die konsultierte Forschungsliteratur zeigt in diesem Zusammenhang ganz klar auf, dass PflegeschülerInnen die Emotionsarbeit als berufliches Selbstverständnis in der Ausbildung aber erst entwickeln müssen und diese daher keineswegs als Voraussetzung gesehen werden darf. Dabei konnten der Einfluss erfahrungsorientierter Unterrichtsmethoden und die Stellung der emotionalen Kompetenz in der Pflegeausbildung erkannt werden. Für die Emotionsarbeit benötigt es demnach im Lernort Praxis eine professionelle pädagogische, kongruente und ehrliche Begleitung, im Lernort Schule zudem noch die Reflexion und Analyse erlebter Konfliktsituationen. Dies kann durch eine aktive Bewusstmachung, eine kritische Bearbeitung und eine vertiefende Auseinandersetzung mit der Situation und den wahrgenommenen Emotionen individuell erfolgen.

Die gewonnenen, literaturgestützten Kenntnisse bieten für die Autorin eine Ausgangslage, um weiterführende Fragestellungen anhand empirischer Methoden zur Emotionsarbeit bei PflegeschülerInnen zu erforschen. Dabei gilt es Unterrichtskonzepte in der pädagogischen Pflegepraxis zu entwickeln, mit dessen Hilfe der Umgang mit Gefühlen im Rahmen der Pflegeausbildung erlernt und nachhaltig verbessert werden kann.

5 Literaturverzeichnis

- Andraschko, H. G. (2008). Palliativpflege. Projekt- und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. Verfügbar unter <http://www.pqm-online.de/download/palliativpflege> [27.07.2015].
- Arens, F. (2007). Entwicklung emotionaler Kompetenz in der Pflegeausbildung. Konzepte und Methoden, *Pflegepädagogik*, 09, 293-303.
- Arnold, R. (2003). *Emotionale Kompetenz und emotionales Lernen in der Erwachsenenbildung*. Schriftenreihe: Pädagogische Materialien der Universität Kaiserslautern, 2. Auflage, Heft Nr. 18.
- Aulbert, E. (2007). Kommunikation mit Patienten und Angehörigen. In Aulbert, E., Nauck, F. & Radbruch, L. (Hrsg.), *Lehrbuch der Palliativmedizin* (S. 1068-1089). Stuttgart: Schattauer.
- Albrecht, M. & Keßler, J. (2006). *Ekel - ein Tabuthema - Allgemeine Theorie und Praxis des ‚Sich-Ekelns‘ in der Pflege*, Norderstedt: Grin Verlag.
- Bausewein, C., Roller, S. & Voltz, R. (2004). *Leitfaden Palliative Care. Palliativmedizin und Hospizbetreuung*, 4. Auflage. München: Urban & Fischer Verlag.
- Beatty, I. (2013). *Sterbebegleitung aus der Perspektive von Studierenden in der pflegerischen Grundausbildung*, Bern: Hep-Verlag.
- Benner, P. (2012). *Stufen zur Pflegekompetenz, From Novice to Expert*, 2. vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage. Bern: Hans Huber Verlag.
- Bethmann, K. (2008). *Würdiges Sterben – ein Überblick über die aktuelle Debatte*, Diplomarbeit. Norderstedt: Grin Verlag.
- Borasio, G.D. (2012). *Über das Sterben. Was wir wissen, was wir tun können, wie wir uns darauf einstellen*, 4. Auflage. München: Beck Verlag.
- Büssing, A. & Glaser, J. (2003). Interaktionsarbeit in der personenbezogenen Dienstleistung. In Büssing, A. & Glaser, J. (Hrsg.), *Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus* (S. 131-148). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Büssing, A., Giesenbauer, B. & Glaser, J. (2003). Gefühlsarbeit. Beeinflussung der Gefühle von Bewohnern und Patienten in der stationären und ambulanten Altenpflege. *Pflege*, 16, 357-365.

Bioethikkommission, Bundeskanzleramt Österreich (2011). Empfehlungen zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende. Stellungnahme der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt, Wien. Verfügbar unter <http://www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=46713> [27.07.2015].

Bischoff-Wanner, C. (2002). *Empathie in der Pflege*. Bern: Hans Huber Verlag.

Cooper, J. & Barnett, M. (2005). Aspects of caring for dying patients which cause anxiety to first year students. *International Journal of Palliative Nursing*, 11, 423-430.

Dehnbostel, P. (2003). *Informelles Lernen: Arbeitserfahrungen und Kompetenzerwerb aus berufspädagogischer Sicht*, Vortrag anlässlich der 4. Fachtagung des Programms „Schule – Wirtschaft/Arbeitsleben“ am 18./19. September 2003. Thema: „Kompetenzen für die Berufsorientierung nach PISA – auf welche Kompetenzen kommt es an?“, Neukirchen/Pleiße.

Drude, C. & Zielke-Nadkarni, A. (2008). *Unterrichtsmethoden in der Pflegeausbildung*. München: Urban & Fischer Verlag.

DGP (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin) (2015). S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. Verfügbar unter https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/LL_Palliativmedizin_Kurzversion_1.0.pdf [22.07.2015].

Feichtner, A. (2014). *Lehrbuch für Palliativpflege*, 4., überarbeitete und erweiterte Auflage. Wien: Facultas Verlag.

GuK-AV (1999): Gesundheits- und Krankenpflegeausbildungsverordnung. Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales über die Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege. Verfügbar unter

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011179> [24.08.2014].

Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG (1997). Verfügbar unter <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026> [25.07.2015].

Halfpap, N. (2009). *Wenn Patienten sterben – Umgang mit Tod und Trauer bei Krankenpflegekräften*. Eine qualitative Studie durchgeführt am Universitätsklinikum Freiburg i. Breisgau. Verfügbar unter <https://www.freidok.uni-freiburg.de/dnb/download/6896> [29.07.2015].

- Hasler Roumois, U. (2007). *Studienbuch Wissensmanagement. Grundlagen der Wissensarbeit in Wirtschafts-, Non-Profit und Public-Organisationen*. Zürich: Orell Füssli Verlag.
- Handler, S. (2014). Emotionsarbeit in der End-of-life Care. *Pflegewissenschaft*, 16, 210-224.
- Hausmann, C. & Koller, M. (2011). *Psychologie, Soziologie und Pädagogik. Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe*. Facultas Verlag: Wien.
- Heller, A. (2000). Die Einmaligkeit des Menschen verstehen und bis zuletzt bedienen. In Heller, A., Heimerl, K. & Husebø, S. (Hrsg.): *Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun*, (S. 9-24). Freiburg i. Br.: Lambertus Verlag.
- Heller, A. & Knipping, C. (2007). Palliative Care - Haltungen und Orientierungen. In Knipping, C. (Hrsg.), *Lehrbuch Palliative Care* (S. 39-47). 2., durchgesehene und korrigierte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.
- Hermann, U. (2002). *Wahrig Herkunftswörterbuch*. Gütersloh: Wissen Media Verlag.
- Hochschild, A. (1990). *Das gekaufte Herz. Zur Kommerzialisierung der Gefühle*. Frankfurt a. Main: Campus.
- Johns, C. (2004). *Selbstreflexion in der Pflegepraxis. Gemeinsam aus Erfahrungen lernen*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Kappel, I. & Stohscheer, I. (2006). Die Anwendung eines Modells für strukturierte Reflexion in der Palliativpflege, *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 07, 01-12, doi: 10.1055/s-2006-954136
- Kersting, K. (2005). Zur Situation von Pflegeschülerinnen: Anspruch und Wirklichkeit, *Pflegepädagogik*, 07, 31-37.
- Kostrzewa, S. & Kutzner, M. (2002). *Was wir noch tun können! Basale Stimulation in der Sterbebegleitung*, 2., durchgesehene und korrigierte Auflage. Bern: Hans Huber Verlag.
- Kloke, M. (2013). Herausforderung End-of-Life Care. *pflegen: palliativ*, 18, 8-11.
- Krey H. (2003). Ekel ist okay. *Ein Lern- und Lehrbuch zum Umgang mit Emotionen in Pflegeausbildung und Pflegealltag*. Hannover: Brigitte Kunz Verlag.
- Krey, H. (2004). Gefühlsregulierung in der Pflegeausbildung - eine Untersuchung zum Ekelempfinden von Auszubildenden in der Pflege im 3. Ausbildungsjahr. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum Qualitativ Social Research*, *Online-*

Journal, 5. Verfügbar unter <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/viewFile/654/1417> [30.07.2015].

Krumm, N., Schmidlin, E., Schulz, C. & Elsner, F. (übersetzt, 2015): Kernkompetenzen in der Palliativversorgung – ein Weißbuch der European Association for Palliative Care zur Lehre der Palliativversorgung. Erstveröffentlichung: Gamondi, C., Larkin, P. & Payne, S.: Core competencies (2013): an palliative care education – part 1, *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 16, 152-165, doi: 10.1055/s-0035-1552684.

Kühne-Ponesch, S. (2004). *Modelle und Theorien in der Pflege*. Wien: Facultas Verlag.

Landwehr, N. (2006). *Neue Wege der Wissensvermittlung*. Oberentfelden: Sauerländer Verlag.

Meyer, W.U., Schützenwohl, A. & Reizenzein, R. (2001). *Die Macht der Emotionen und wie sie unseren Alltag bestimmen*, 8. Auflage. München: Piper Verlag.

Michell, A.M., Sakranda, T. J., Dysart-Gale, D. & Gadmer, N. (2006). Nurses Narratives of End-of-life Care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 8, 210-221.

Montag, T. (2011). Wenn das Ende offensichtlich wird. *pflügen:palliativ*, 12, 8-11.

Müller, M. (2007). Vom Umgang mit Abschied und Trauer der Fachkräfte. In Knipping, C. (Hrsg.): *Lehrbuch Palliative Care* (S. 420-424). Bern: Hans Huber Verlag.

Müller, M., Pfister, D., Markett, S. & Jaspers, B. (2010): Wie viel Tod verträgt das Team. Eine bundesweite Befragung der Palliativstation in Deutschland. *Zeitschrift Palliativmedizin*, 11, 227-233. doi: 10.1055/s-0030-1248520.

Nagele, S. & Feichtner, A. (2005). *Lehrbuch der Palliativpflege*, 2. überarbeitete Auflage. Wien: Facultas Verlag.

Olbrich, C. (2009). *Modelle der Pflegedidaktik*. München: Urban & Fischer Verlag.

Oelke, U. (2005). Die Menschen stärken und die Sachen klären. Zur Förderung personaler Kompetenz. *Pflegepädagogik*, 07, 649-654.

Oelke, U. & Scheller Ingo (2009). Szenisches Spiel in der Pflege. In Olbrich, C. (Hrsg.), *Modelle der Pflegedidaktik*, (S. 45-61). München: Urban & Fischer Verlag.

- Oelke, U. (2009). Szenisches Spiel. *Padua 04*, 13-19.
- Ohlrogge, C. (2012). *Der Umgang mit sterbenden Menschen aus der Sicht von Auszubildenden in Pflegeberufen*. Unveröffentlichte Masterthesis, Evangelische Hochschule Darmstadt.
- ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) (2003). Offenes Curriculum – Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung, Palliativpflege, Wien.
- Pleschberger, S., Heimerl, K. & Wild, M. (2005). Palliativpflege lehren und lernen. Die Pflege schwer kranker und sterbender Menschen im Kontext der Pflegeausbildungen. In Pleschberger, S., Heimerl, K. & Wild, M. (Hrsg.), *Palliativpflege. Grundlagen für Praxis und Unterricht*, (S. 15-29), 2., aktualisierte Auflage. Wien: Facultas Verlag.
- Pontes, U. (2011). Was sind Emotionen? Verfügbar unter <https://www.dasgehirn.info/denken/emotion/was-sind-emotionen-2/> [22.07.2015].
- Pribil, U. (2005). Die letzten Stunden - sterbende Menschen begleiten und pflegen. In Pleschberger, S., Heimerl, K. & Wild, M. (Hrsg.), *Palliativpflege. Grundlagen für Praxis und Unterricht* (S. 189-200), 2., aktualisierte Auflage. Wien: Facultas Verlag.
- Radbruch, L. & Payne, S. (2011). Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 1. Weißbuch zur Empfehlung der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care (EACP), *Palliativmedizin*, 12, 1-11.
- Sailer, M. (2000). Das Schreiben als Medium zur persönlichen Reflexion in der Pflegeausbildung, *Pflegepädagogik*, 11, 244-252.
- Schewior-Popp, S. (1998). *Handlungsorientiertes Lehren und Lernen in Pflege- und Rehabilitationsberufen*. New York: Thiemeverlag.
- Schmidt, D. (2010). Begegnung mit Sterben und Tod. Wie Lernende unterstützt werden können. *Die Schwester, Der Pfleger*, 49, 642-647.
- Schwamberger, H. & Biechl, R. (2011). *Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe* (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz - GuKG). Kurzkomentar. Wien: Verlag Österreich.
- Schwarz-Goavers, R. (2001). Subjektive Theorien von PflegeschülerInnen und ihre Bedeutung für die Lehrenden in Schule und Praxis. *Pflegepädagogik*, 11, 282-290.

- Schwarz-Goavers, R. (2005). Subjektive Theorien als Basis für Wissen und Handeln. Pflegedidaktische Folgerungen für einen lernfeld- und problemorientierten Unterricht. *PflegePädagogik*, 01, 38-49.
- Spichiger, E. (2007). Betreuung am Lebensende im Akutspital. In Knipping, C. (Hrsg.), *Lehrbuch Palliative Care* (S. 458-482), 2., durchgesehene und korrigierte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.
- Stamouli, E., Brenninger, R. & Gruber, H. (2009). Förderung emotionaler Kompetenz. Die Rolle von Emotionen in der Krankenpflege, *Padua 04*. 24-28.
- Stähli, A. (2004). *Umgang mit Emotionen in der Palliativpflege. Ein Leitfaden*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Steutler, E. (2013). Über die Klugheit der Emotionen. *pflegen: palliativ*, 20, 4-7.
- Stöhr, M. & Trumpetter, N. (2006). *Berufliches Selbstverständnis entwickeln und lernen, berufliche Anforderungen zu bewältigen*, Wien: Urban & Fischer Verlag.
- Terry, L.M. & Carroll, J. (2008). Dealing with death: first encounters for first-year nursing students. *British Journal of Nursing*, 17, 760-766.
- Warmbrunn, A. (2006). *Berufliches Selbstverständnis entwickeln und lernen, berufliche Anforderungen zu bewältigen*. Themenbereich 10: Analyse und Vorschläge für den Unterricht. München: Urban & Fischer Verlag.
- Weinert, F. E. (2001). Vergleichende Leistungsmessung in Schulen – eine umstrittene Selbstverständlichkeit. In Weinert, F.E. (Hrsg.): *Leistungsmessungen in Schulen*, (S. 17-31), Weinheim: Beltz Verlag.
- Weiss-Faßbinder, S. & Lust, A. (2010). *Gesundheits- und Krankenpflegegesetz - GuKG, 6., überarbeitete und aktualisierte Auflage*. Wien: Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung.
- Widegger, S., Schulc, E. & Them C. (2011). Emotionsarbeit in der End-of-life Care, Eine quantitative Explorationsstudie zur Erhebung der Emotionsarbeit von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in der End-of-life Care. *Pflegewissenschaft*, 02, 100-112.
- Zapf, D. et al. (2002). Emotionsarbeit in Organisationen und psychische Gesundheit. In Musah, H.P. & Eisenhauer, T. (2000). *Psychologie der Arbeitssicherheit. Beiträge zur Förderung von Sicherheit und Gesundheit in Arbeitssystemen* (S. 99-106). Heidelberg: Asanger.

6 Anhang

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich an Eides Statt,

dass ich die vorliegende Arbeit selbst angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher keiner Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Ich bin mit der Veröffentlichung auf der Homepage (nur für Kurskolleg/innen und Referent/innen sichtbar) der Salzburger Akademie für Palliative Care einverstanden.

Doris Schlömmer, MSc