



DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Eine ethnografische Untersuchung zur Bedeutung
von Humor und Lachen in der akutstationären Pflege
und Betreuung chronisch kranker Kinder

Verfasserin

Monika Ottendörfer

Angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt

A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt

IDS Pflegewissenschaft

Betreuerin

Prof. Dr. Hanna Mayer

Zweitbetreuerin

Inge Eberl MScN, BScN

Danksagung

Ich möchte mich an bei meinen beiden Betreuerinnen für Ihre professionelle Unterstützung bedanken.

... Bei Frau Dr. Hanna Mayer herzlich dafür, dass Sie sich auf diese ungewöhnliche Dreier-Konstellation eingelassen, den organisatorischen Rahmen gegeben und mir damit mein Projekt ermöglicht und unterstützt haben.

... Und natürlich bei meiner Hauptansprechperson in allen Diplomarbeits-(problem)lagen, insbesondere durch intensive Reflexionen und sehr persönliche Gespräche in der Datenerhebungs- und Auswertungsphase. Danke liebe Inge, für Alles, was Du mir beigebracht hast! Ohne Dein Wissen, Gespür für Details und Deinen Sinn für Humor, wäre meine Studie so nicht möglich gewesen.

... Dann möchte ich mich ganz herzlich bei der Klinik Leitung Frau Schießl und allen teilnehmenden MitarbeiterInnen des Dr. von Haunerschen Kinderspitals der Stationen Intern 1 und 5 sowie der KIC 2 für die Teilnahme und die Ermöglichung meiner Studie bedanken. Die Zeit bei Euch war schön, lehrreich und etwas, an das ich mich mein Leben lange erinnern werde. Großer Dank gilt meinen InterviewpartnerInnen aus der Kinderkrankenpflege, der Kunst und der Ergotherapie, welche mich an ihrem enormen Erfahrungsschatz teilhaben ließen und mir sehr persönliche Geschichten anvertrauten.

...Ein weiteres liebes Dankeschön geht an alle betroffenen Kinder und Familien, welche mich an ihrem Leben teilhaben ließen. Es war schön, mit Euch zu sprechen, zu spielen und von euch ins Vertrauen gezogen zu werden. Ich wünsche euch Kindern Gesundheit, Kraft, viele glückliche, schmerzfreie Stunden und dass ihr auch immer wieder etwas findet, worüber ihr lachen könnt.

... Ein weiteres Dankeschön geht an meinen wunderbaren Freund Petru sowie meine engsten Freundinnen, welche mich immer wieder von der Diplomarbeit ablenken und motivieren konnten: Anna, Doris, Martina, Christina, Silvia, Kathi und meine Mädels aus Salzburg.

... Schließlich möchte ich bei meiner Familie dafür bedanken, dass Ihr mich immer so gut unterstützt habt. Vielen Dank Mama, Papa und Wolfi.

Zusammenfassung

Hintergrund: Der Einfluss von Humor und Lachen auf Physis und Psyche des Menschen wurde von medizinischer und psychologischer Forschung sehr umfassend beforscht. Auch für die Pflege existiert bereits ein Konzept zu Humor, welches unter Anderem für verschiedene Zielgruppen mögliche Humorinterventionen beschreibt. Der Schwerpunkt in Forschungen mit Kindern zu Humor liegt dabei etwa in der Erleichterung des Informierens von Eltern oder in Erwartungen von Kindern an Pflegende, welche auch Sinn für Humor haben sollten. Weil aber im deutschsprachigen Raum keine Forschungen für den Bereich der akutstationären Pflege und Betreuung chronisch kranker Kinder existieren, stellte sich die Frage, ob und wie Humor und Lachen außerhalb des Arbeitsbereiches der Klinik Clowns von Kinderkrankenpflegenden genutzt wird. Besonders Kinder mit chronischen Erkrankungen leiden unter verschiedensten Belastungen, welche zu einer existentiellen Krise werden können.

Ziele & Methoden: Die Auseinandersetzung mit geeigneten Bewältigungsformen ist essentiell, wobei die Rolle von Humor und Lachen dafür geklärt werden muss. Um die Bedeutung zu klären, welche Pflegende und Kinder Humor und Lachen beimessen, erfolgte mit besagten Personen eine zweimonatige qualitative Untersuchung. Geforscht wurde nach Spradley's Methode der/des ethnografischen/s Beobachtung sowie Interviews. Erhobenen Daten wurden zusammen mit zusätzlichem Datenmaterial trianguliert und nach der "Domain Analysis" ausgewertet.

Ergebnisse: Wesentliche Ergebnisse der Studie zeigen, dass neben anderen essentiellen Grundbedürfnissen chronisch kranke Kinder auch das Bedürfnis nach Lachen und Spielen haben. Ob dieses Grundbedürfnis befriedigt ist, zeigt sich hauptsächlich in der kindlichen Fröhlichkeit, welche von diversen Faktoren abhängig ist. Pflegende haben aber die Möglichkeit, durch ihr Handeln mit dem Kind durch einen Beziehungsaufbau Voraussetzungen für Humor und Lachen zu schaffen. Sie können ihn meistens so in die Beziehung integrieren, sodass dieser fruchten kann. Kinder stimmten mit diesen Einschätzungen überein und äußerten weitere Wünsche, wie nach Personen zur Ansprache mit mehr Zeit. Wenn dadurch PatientInnen besser gekannt werden, entsteht mehr Nähe und humorvolle Kommunikation tritt nicht nur spontan sondern auch gezielt auf. Es gibt den Pflegenden die Möglichkeit, die Interessen der PatientInnen persönlich anzusprechen. Alle Befragten erklärten als Professionalitätskriterium im Einsatz von Humor das Kennen der Grenzen und dem Unterlassen von Humor.

Schlussfolgerungen: Humor fand in der Kinderkrankenpflege im Untersuchten Setting zwar teilweise gezielt statt. Dennoch ist eine bewusste Auseinandersetzung mit dem

Stellenwert von humorvollem Umgang als professionelles Handeln noch kaum vorhanden. Deswegen müssten Inhalte dazu bereits mit in die Ausbildung genommen werden oder im Leitbild von Kinderspitälern verankert werden.

Abstract

Context: The influence of humor and laughter on the human body and mind has been extensively researched, medically as well as psychologically. In the field of nursery a concept of humor exists as well. This concept describes, for instance, potential humor inventions for different target groups.

As far as the research with children in the field of humor is concerned, two major aspects are emphasized. Firstly, the facilitation of informing the parents and secondly children's expectations towards nurses –namely, nurses should have a sense of humor. In the German-speaking area no research exists in the field of acute inpatient care and care of chronically ill children. Consequently, the question arose whether and how humor and laughter outside the working area of Clinic Clowns is used by pediatric nurses. Particularly children with chronic diseases suffer from varied stresses, which can cause an existential crisis.

Aim & Methods: The discussion of appropriate coping strategies is crucial. However, the role of humor and laughter for this has to be clarified first. In order to clarify the meaning that nurses and children ascribe to humor and laughter, a two-month qualitative study was carried out. This research was based on Spradley's method of ethnographic interviewing and observation. Collected as well as additional data were triangulated and analyzed according to "Domain Analysis".

Results: Key findings of the study show that in addition to other essential basic needs of chronically ill children, the need to laugh and play exists and should not be neglected. Whether this basic need is met, is mainly reflected in the child's happiness, which depends on various factors. Through their actions and the resulting relationship building, nurses have the possibility to create a basis for humor and laughter. Across the board, children formulated the assumption that if humor and laughter was integrated in the nurse- child communication, this would improve their relationship. In addition, they expressed other desires, such as their wish to be looked after by persons who have more time at their disposal. More time equals a better developed and more intense relationship. Hence more closeness arises and humorous interaction takes place more selectively. More time provides nurses with the opportunity to address the interests of patients personally. In order to keep professionalism when using humor in hospitals, two important criteria were mentioned by all interviewees: Firstly, being

aware of boundaries and secondly, refraining from humorous comments when not appropriate.

Conclusion: In the investigated setting in children health care, the use of humor partly took place systematically. Nevertheless, a conscious dealing with the importance of humorous use as professional action is still scarcely present. For this reason, contents concerning humorous interaction with child patients should be included in the education of future nursing staff. In addition, such contents should be an important part of children hospitals' mission statement.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	2
Zusammenfassung	3
Abstract	4
1 Einleitung	8
1.1 Hintergrund	8
1.2 Ziele der vorliegenden Arbeit.....	11
2 Theoretischer Teil	13
2.1 Definitionen der zentralen Begriffe	13
2.2 Humorthorien.....	17
2.3 Funktionen von Humor	18
2.4 Die „Humor-Gesundheits-Hypothese“	19
2.5 Humor in der menschlichen Entwicklung.....	20
2.6 Das Pflegekonzept zu Humor	23
2.7 Das Auftreten von Humor in der Pflegenden-PatientInnen-Beziehung.....	25
2.8 Mögliche Effekte von Humor in der Pflege	28
2.9 Humor in der Ausbildung zur Kinderkrankenschwester	32
2.10 Kinderkrankenpflege – oder: Die Pflege chronisch kranker Kinder	33
3 Relevanz des Forschungsvorhabens	39
3.1 Problemstellung.....	39
3.2 Forschungsfragen	39
4. Methodisches Vorgehen zur empirischen Untersuchung	41
4.1 Qualitativer Forschungsansatz und Ethnografie	41
4.2 Setting, Zugang und Vorgehensweise.....	42
4.3 TeilnehmerInnen der Untersuchung	43
4.4 Methoden der Datenerhebung	44
4.5 Methoden der Datenanalyse.....	49
4.6 Gütekriterien	54

4.7	Ethische Anforderungen	55
5	Ergebnisse	59
5.0	InterviewteilnehmerInnen	59
5.1	Grundbedürfnisse von Kindern im Krankenhaus	60
5.2	Einflussfaktoren auf die Fröhlichkeit eines Kindes	62
5.3	„Krankheit ist die eine Welt - aber das Kind hat eine andere“	70
5.4	Die Welt der Eltern	84
5.5	Handlungsmöglichkeiten Pflegender betreffend Fröhlichkeit von Kindern	85
5.6	Die Rolle der Pflegenden	103
5.7	Humor (ohne) Rezept	110
5.8	Schluss mit Lustig: Erkennen der Grenzen als Kennzeichen von Professionalität	115
5.9	Ergebnisse aus den Beobachtungen	122
5.10	Definitions-Versuche von Humor	132
6	Interpretation der Ergebnisse und zusammenfassende Diskussion	135
6.1	Empfehlungen für die Pflegepraxis	143
6.2	Empfehlungen für die Pflegeforschung	145
6.3	Kritik & Limitation der Arbeit	146
7	Literaturverzeichnis	147
8	Anhang	150
8.1	Abbildungsverzeichnis	150
8.2	Reflexionen zu meiner Rolle als ethnografische Forscherin	154
8.3	Curriculum Vitae	155

1 Einleitung

Im Zentrum der Diplomarbeit steht das Thema „Humor und Lachen in der akutstationären Pflege und Betreuung chronisch kranker Kinder“. Es gilt herauszufinden, welche Rolle die genannten Phänomene als gesundheitsfördernde, Angst mildernde Ressource, als Element der Kommunikation mit Kindern oder schlicht als aufheiterndes Element haben oder haben könnten.

1.1 Hintergrund

Die Zielgruppe wird gewählt, weil chronisch kranke Kinder immer wieder in die stressvolle Situation eines Krankenhausaufenthalts geraten, während sie eine besonders vulnerable und prägende Zeit erleben. Es kann dem Kind vorkommen, dass Vieles, was von zu Hause vertraut ist, verschwindet und es in einer ungewohnten Umgebung schmerzvolle Momente erlebt, in denen es zudem viele fremde Menschen betreuen (vgl. McGhee, 1989, S. 49).

Weil laut Prognosen chronische Krankheiten weltweit bis zum Jahr 2020 auf einen Anteil von 80% aller Erkrankungen ansteigen werden, jedoch aber Förderungen von Forschungen zu chronischen Krankheiten hauptsächlich medizinischer Natur (vgl. Schaeffer, 2008, S. 3) sind, ist die die Bedeutung der Fragestellung der vorliegenden Arbeit groß.

Der Kinder- und Jugendgesundheits-Survey (KiGGS) des Robert-Koch Instituts lieferte 2007 die ersten deutschlandweiten epidemiologischen Zahlen zu chronischen Krankheiten bei Minderjährigen. Für Deutschland gilt, dass etwa „jedes tausendste Kind von einer lebensbegrenzenden Krankheit betroffen ist [...]. Davon stirbt wiederum jedes zehnte Kind krankheitsbedingt bevor es erwachsen ist.“ (Peter & Richter, 2009, S. 297).

Der Großteil der kranken Kinder „überlebt“ aufgrund des medizinischen Fortschritts in vielen Fällen, kann oder muss jedoch in Folge dessen mit teils gravierenden Einschränkungen leben und zurecht kommen (vgl. Peter & Richter, 2009).

Die nicht-medizinischen Bedürfnisse von Patienten, die mit der Diagnose und den Symptomen einer chronischen Krankheit zu leben haben, sind bislang nur lückenhaft beforscht (vgl. Schaeffer, 2008, S.3).

Insbesondere Pädiatrische Untersuchungen zu Bedürfnissen von chronischen kranken Kindern werden in der Pflegewissenschaft stark vernachlässigt. Nach Anführungen von Cignacco sind diese als „kollektives, professionelles Vergessen einer durch Krankheit beeinträchtigten Kindheit“ (Cignacco, 2009, S.325) einzuordnen.

Zur Thematik der Chronischen Krankheit bei Kindern kommt das eigentliche Hauptinteresse am Thema Humor in der pädiatrischen Pflege hinzu.

Bisherige Untersuchungen zeigen, dass Pflegepersonen in der alltäglichen Pflege sehr wohl Humor zeigen, zumeist geschieht das spontan und unbewusst (vgl. McCreddie, 2009, S.1081).

Eng in Verbindung mit „Humor“ steht im Kindesalter das mit Lachen verbundene „Spiel“. Wenn ein Kind im Krankenhaus aufgrund von Stress oder Angst seine Spielfreude verliert, welche McGhee als „grundsätzliche Erfahrung und Form von Humor“ bezeichnet, soll das Grund zur Sorge geben. Er empfiehlt deswegen schon bei der Aufnahme des Kindes ins Krankenhaus zu ermitteln, welche Spielgewohnheiten das Kind hat (vgl. McGhee, 1989, S.163). Pelander betont, dass sich KinderkrankenpflegerInnen noch bewusster werden müssen, welchen Stellenwert das „Spiel“ bei der Betreuung hat, z.B. wenn Anleitungen oder Informationen gegeben werden (vgl. Pelander, 2004, S.148).

Freud behauptete, dass „ein Kind immer spielt“ (vgl. Phaneuf, 2008., S.8). So nimmt Phaneuf an, dass diese „Art des Seins“ als Grundbedürfnis nach Spiel und Spaß im Kinde auch dann nicht aufhört, wenn es an einer länger andauernden Krankheit leidet (vgl. Phaneuf, 2008, S.8). Phaneuf liefert eine Zusammentragung an Möglichkeiten für KrankenpflegerInnen, Kreativität in den Pflegealltag einzubeziehen, etwa durch Musik, Zeichnen, oder Humor. Die für französische Verhältnisse berichteten zahlreichen Varianten decken sich mit den Erzählungen Schlüers (2008, S. 125 ff.) über Kinderspitäler in Deutschland und der Schweiz: Es sind Spielmöglichkeiten für Kinder im Krankenhaus in Spielräumen, -Ecken und am Flur vorhanden. Diese gelten nach der Autorin als praktizierte Humorinterventionen.

Worauf es aber bei dem Einsatz von Humorinterventionen ankommt, ist nach Behauptungen von Bischofberger, Phaneuf und Pelander, dass KrankenpflegerInnen die Humor-Utensilien und Räumlichkeiten nicht nur zur Verfügung stellen - die Angebote müssen von ihnen für die PatientInnen im Sinne einer aktivierenden Humor fördernden Haltung im Pflegealltag schmackhaft gemacht werden (vgl. Bischofberger, 2008,. S.127; Phaneuf, 2008, S.9; Pelander, 2004, S.148). Insofern, als dass die Pflegenden beispielsweise spielend, scherzend oder wortverdrehend in solchen Situationen Humor beweisen, in denen das auch passend erscheint.

Humor in der Kinderkrankenpflege geschieht bekanntlich und für alle Anwesenden leicht erkennbar hauptsächlich dann, wenn Klinikclowns für die Erheiterung der Kinder sorgen. Diese Intervention ist bei Kindern und Eltern zumeist positiv besetzt, wissenschaftlich überprüft und

die möglichen Effekte nachgewiesen, etwa in der Linderung von präoperativer kindlicher Angst (vgl. Vagnoli, 2005).

Ich halte es aber für äußerst notwendig, auch das Handeln der Pflegepersonen in den Fokus von *Humor und Lachen* zu stellen. Denn diese verbringen innerhalb des professionellen Betreuungsteams den Großteil der Zeit mit den Kindern. Dean & Major äußerten außerdem folgende wichtige Erkenntnis: Wenn sich Pflegenden die Zeit nehmen, mit PatientInnen und Angehörigen auch zu scherzen, nehmen sich letztere eher als Personen anstatt „nur“ als Pflegeempfänger wahr (Dean & Major, 2008, S. 1093).

Obgleich vorab die Wichtigkeit von Spiel und Humor klar wird, ist das nächste Problem der Mangel an pflegewissenschaftlicher Forschung zu Humor in der Pflege generell und speziell in der Kinderkrankenpflege (vgl. McCreddie, 2009, S.1081ff.). Forschungsbasiertes Wissen kommt zumeist im Sinne von klinisch reflektierter Expertise vor. Handlungsleitend für den Einsatz von Humorinterventionen sind aber auch die Vorstellungen der PatientInnen, sowie die Frage, ob dazu Ressourcen überhaupt notwendig und verfügbar sind (vgl. Bischofberger, 2008, S. 82).

Dass KinderkrankenpflegerInnen manchmal Humor auch bewusst einsetzen, berichtet Schlüter in einer Nacherzählung einer Geschichte. Eine Pflegeperson überlegte sich, um einem Kind die Angst vor der Nacht im Spital zu nehmen, witzige Schatten-Spielchen mit einer Taschenlampe (vgl. Schlüter, 2008, S.134). Dies sind aber Einzelbeobachtungen und entsprechen keiner wissenschaftlichen Untersuchung.

Weil eine einseitige Beschreibung der Phänomene *Humor und Lachen* im genannten Setting vermieden werden soll, wurde eine Darstellung beider beteiligter Personengruppen vollzogen. Deswegen besteht die Datenerhebungsphase aus Beobachtungen und Interviews der beiden Perspektiven der Pflege-Patienten-Beziehung: die Pflege- sowie Kinder/PatientInnen-Sicht wird eruiert. Wenn es zum Beispiel der Fall ist, dass eine Pflegeperson zwar denkt, dass in einer gewissen Situation ein lustiges Spielchen angebracht ist, während es das Kind jedoch verunsichert oder es sich davor fürchtet, kann dies durch den Methoden- und Perspektiven-Mix am ehesten herausgefunden werden.

In gewissen Fällen ist es wahrscheinlich, dass Humor nicht angebracht oder sogar schädlich sein kann. Um die Gradwanderung zwischen positiv und negativ zu bestimmen, ist besonders die beidseitige Betrachtung durch qualitative Methoden wichtig, weil Humor sehr individuell, persönlich und auch situationsabhängig sein kann.

Eine Veröffentlichung der Beschreibung des Phänomens Humor und einer daraus resultierenden Empfehlung für Humorinterventionen in der Kinderkrankenpflege soll dazu

beitragen, dass das Verständnis bei den Akteuren der professionellen Pflege für die positiven Wirkungen klarer sowie der Wille größer wird, Humorintervention verstärkt gezielt einzusetzen.

Denn wenn man die „professionelle Pflege“ nach der Definition von Spichinger et. al (2006) betrachtet, umfasst diese einige Punkte, welche durchaus im Sinne der Anwendung von Humor auszuweiten wären: „Professionelle Pflege fördert und erhält Gesundheit, beugt gesundheitlichen Schaden vor und unterstützt Menschen in der Behandlung und im Umgang mit Auswirkungen von Krankheiten und deren Therapien. Dies mit dem Ziel, für betreute Menschen die bestmöglichen Behandlungs- und Betreuungsergebnisse sowie die bestmögliche Lebensqualität in allen Phasen des Lebens bis zum Tod zu erreichen“ (Spichinger et al., 2006, S.51). Das legt nahe, dass nach Orientierung an dieser Definition das Spektrum der professionellen Pflege, was den Beziehungsaspekt, die Ressourcenorientierung, pädagogische Aufgaben sowie die Ausbildung von Spezialisten betrifft (Spichinger et al., 2006, S. 51), durchaus um den Humor-Aspekt erweitert werden könnte.

Insofern ist diese Diplomarbeit als Versuch dafür zu erachten, positive Gefühle, *Humor und Lachen* in der Kinderkrankenpflege nicht nur zu rechtfertigen, sondern herauszuheben und bewusst als protektive Ressource zu aktivieren. Bei Kindern, KinderkrankenpflegerInnen und auch Angehörigen, ohne Situationen außer Acht zu lassen, in welchen Humor unangebracht ist.

1.2 Ziele der vorliegenden Arbeit

Diese qualitative Untersuchung verfolgt das Ziel, eine aktuelle Beschreibung des Phänomens Humor in der stationären Kinderkrankenpflege zu liefern. Dazu werden zwei verschiedene Sichtweisen und Akteure einbezogen,

a) Chronisch kranke Kinder betreffend

Durch Beobachtungen und Befragungen chronisch kranker Kinder soll Wissen zu kindlichen Bedürfnissen und Wünschen bezüglich *Humor und Lachen* trotz und mit Krankheit gewonnen werden. Genauer gesagt, soll geklärt werden, welches Bedürfnis zu lachen, ja überhaupt zu spielen denn ein krankes Kind im Spital hat. Als Einschränkung zu Bedürfnissen soll vorab klar sein, dass zumindest jene Situationen festgestellt werden, in denen ein Kind im Krankenhaus lacht, spielt oder ganz im Gegenteil auch weint. Das Problem mit Bedürfnissen ist, dass diese, wenn nicht explizit geäußert, zuerst einmal als solche erkannt werden müssen.

Außerdem soll festgestellt werden, ob ein Kind sich von einer Pflegeperson überhaupt erwartet, dass diese humorvoll handelt. Und Schließlich, ob dies etwas damit zu tun hat, dass ein Kind leichter Vertrauen zur Pflegenden gewinnt.

Was die kindliche Perspektive anbelangt, so ist das übergeordnete Ziel der Versuch einer möglichst umfassenden Darstellung der kindlichen Lebenswelt. Wie angenommen könnte hier *Humor und Lachen* im Leben mit einer bleibenden Krankheit eine bedeutsame Rolle spielen, jedoch soll dies nicht isoliert von der restlichen Lebenssituation gesehen werden.

b) Die Professionelle Kinderkrankenpflege betreffend

Diese Beschreibung soll klären, welche Rolle *Humor und Lachen* im Berufsalltag der Pflegenden, insbesondere in der Beziehung zu den Kindern hat.

Dies kann alles umfassen, was in die oben angeführte Definition von „Humor in der Pflege“ passt, bzw. auch darüber hinaus. Also sei es spontaner, direkter Humor oder auch indirekt und geplant. Also auch, ob und wenn ja, wie Humortechniken, Utensilien und Umgangsformen von den Pflegenden in den verschiedenen Situationen eingesetzt werden. Eher spontan und zufällig, oder ob dies auch reflektiert und vor einer Pflegehandlung geplant stattfindet, um dem Kind eine Situation zu erleichtern oder es davon abzulenken.

Aber nicht nur das *Wie*, sondern auch das *Mit welcher Begründung und welcher Einstellung* Pflegepersonen Humor in den sehr unterschiedlichen individuellen Pflegesituationen mit chronisch kranken Kindern zeigen, soll durch die Arbeit geklärt werden. Deswegen soll auch aus Sicht der Pflegenden die Einschätzung der (humorbezogenen) kindlichen Bedürfnisse erfolgen.

c) Conclusio der beiden Perspektiven

Das Ergebnis der Arbeit soll zunächst einmal eine deskriptive Beschreibung davon sein, wie *„Humor und Lachen“* im Setting „stationäre Kinderkrankenpflege“ einzuordnen sind.

Vor der Untersuchung zum untersuchten Phänomen bestand die Vermutung, dass auch andere Dimensionen ersichtlich werden, welche das Forschungsfeld und die Welt der darin agierenden Personen charakterisieren. Wenn einige der wichtigsten Dimensionen des Feldes bekannt sind, klar werden, welche Rolle *„Humor und Lachen“* unter diesen zu spielen vermag.

Aufgrund der Erschließung dieser beiden Perspektiven soll eine Conclusio dazu gefunden werden, in welchen Situationen im Pflegealltag der Einsatz von Humorinterventionen positiv oder negativ aufgefasst wird. Ein weiteres Ziel ist die Erarbeitung einer Empfehlung dazu, welche Humorinterventionen wie von den Pflegenden im Rahmen der Betreuung chronisch kranker Kinder eingesetzt werden können. Es sollen Handlungsmöglichkeiten von Humor aufgezeigt werden, die den Bedürfnissen der Kinder gerecht werden und den Möglichkeiten und Kompetenzen der Pflegenden entsprechen.

2 Theoretischer Teil

In diesem ersten Kapitel der theoretischen Aufarbeitung werden verschiedene Dimensionen von Humor in Bezug auf menschliche Individuen und die Pflege dargestellt.

2.1 Definitionen der zentralen Begriffe

An dieser Stelle werden die beiden zentralen Begriffe „Humor“ und „Lachen“ beschrieben. Aber auch für die kindliche Erlebniswelt besser greifbare Bezeichnungen, wie spielen, lächeln, Freude, Fröhlichkeit, Freude und Heiterkeit werden genannt. Denn es ist anzunehmen, dass Kinder bis zu einem gewissen Stadium mit diesen Ausdrücken mehr anfangen können, als mit dem „Humor“- Begriff.

2.1.1 Humor

Der zentrale Begriff der Arbeit ist „Humor“, für den zahlreiche Definitionen kursieren. Für das Thema Humor muss oder kann man feststellen, dass das Analysieren eines Phänomens, das eigentlich als etwas „Komisches“ eingeordnet wird, keine leichte Aufgabe darstellt (vgl. Robinson, 2002). Humor wird als „wesentlicher Aspekt von menschlicher Kommunikation“ beschrieben (McCreadie, 2009, S. 1080). Zudem ist Humor eine Geisteshaltung, welche sich aus emotionalen und kognitiven Wahrnehmungen nährt und weiter entwickeln kann (vgl. Bischofberger, 2008, S. 42). Bischofberger arbeitet mit folgender Definition von Humor: „Humor ist die Fähigkeit und Gabe eines Menschen der Unzulänglichkeit der Welt und der Menschen, den Schwierigkeiten und Missgeschicken des Alltags mit heiterer Gelassenheit zu begegnen, sie nicht so tragisch zu nehmen, und über sie und sich lachen zu können.“ (Duden Fremdwörterbuch, 1982, S. 316, zit. nach Bischofberger, 2008, S.13). Diese Definition kann sowohl für das Pflegepersonal, als auch die PatientInnen gesehen werden. Denn beide sind aufgrund ihrer Situation fortlaufend mit Schwierigkeiten und Belastungen konfrontiert, welchen es auf unterschiedliche Arten Stand zu halten gilt. Eine Definition, welche für die Pflege und den Umgang mit Kindern passend erscheint, ist die von Bönsch-Kauke: „Humor ist ein zwischenmenschliches Verhalten und Erleben mit motivationalen, emotionalen, kognitiven und sozialen Komponenten des Verhaltens, wodurch Widerwärtiges und Widersprüchliches, Unergründliches und Unzulängliches im Zusammenleben spielerisch kreierte, erheiternd verstanden, kreativ und selbstbewusst aufgelöst werden. Humor ist eine sozialpsychologische Kompetenz.“ (Bönsch-Kauke, 2003, S.81). Die Spielarten von Humor bewegen sich nach Bönsch-Kauke von einem „harmlosen Spaß

über den Scherz mit einem lachenden und einem weinenden Auge bis hin zur angriffslustigen Satire“ (Bönsch-Kauke, 2003, S.80).

Sheldon bezeichnet Humor in ihrer Analyse des selbigen Konzepts in der Kinder-Krankenpflege als eine „persönliche und individuelle Angelegenheit“ (Sheldon, 1996, S.1180). Sie stellte folgende definierenden Attribute fest: „Ein unerwarteter Blick, Gefühle von Nähe und Zusammengehörigkeit, eine Haltung eines Individuums, eine Qualität einer Person, welche fähig ist Lachen zu produzieren, zerbrechlich, mit Vertrauen verbunden.“ (Sheldon, 1996, S. 1178).

Wenn Humor von einer persönlichen Lebenseinstellung und unspezifischen humorvollen Verhalten von professionell Helfenden gezielt genutzt wird, um bei den PatientInnen eine Verhaltensänderung zu erzielen, spricht man von „Therapeutischem Humor“ (Robinson, 2002, zit. nach Bischofberger, 2008, S. 42).

2.1.2 Lachen und Lächeln

In der Humorforschung wird von den Autoren zunächst zwischen „Humor“ im Sinne einer Geistes- oder Lebenshaltung und „Lachen“, was „eine körperliche Reaktion auf einen äußeren humorvollen Reiz“ darstellt, unterschieden. Beim Lachen sind diverse Gesichtsmuskeln und Stimmbänder aktiv, welche individuelles lachen hervorbringen (Ruch & Ekman, 2001, zit. nach Bischofberger, 2008, S. 43). Ähnlich definiert auch Holland (1982, zit. nach Berger, 1998, S. 53) das Phänomen des Lachens als physiologischen Prozesse und fügt das Lächeln hinzu: „Lachen besteht aus krampfhaften Kontraktionen der Gesichtsmuskulatur und ruckartigen Entspannungen des Zwerchfells, begleitet von Kontraktionen des Larynx und Epiglottis. Lachen unterscheidet sich vom Lächeln lediglich dadurch, dass das Lächeln nicht die Atmung unterbricht“.

Andere Gründe, weswegen Menschen lachen sind nach Berger kitzeln, die Empfindung eines spontanen Glücksgefühls, die plötzliche Befreiung von Angst und Spannung, sowie durch das Begreifen eines subtilen Wortspiels (Berger, 1998, S. 54).

Bischofberger gibt auch zu bedenken, dass Lachen nicht immer auf Heiterkeit zurück zu führen sein muss, es könnte auch durch Peinlichkeit oder aufgrund von Gruppendruck entstehen (2008, S. 43).

2.1.3 Spielen

Spielen ist nach Bönsch-Kauke etwas, das mit Humor zwar verwandt, aber nicht gleich zu setzen ist. Es ist eine Verhaltensart, bei der Kinder „so tun als ob“ (Bönsch-Kauke, 2003, S. 80).

Mehrere Autoren gehen davon aus, dass bei Kindern Humor eng mit Spielen verknüpft ist. Denn das Spiel stellt gemeinsam mit Lachen die kindliche Hauptform dar, um Humor zum Ausdruck zu bringen (Robinson, 2002, S.137). Wenn das kindliche Spielen jedoch in auffälligem Maße abnimmt, soll das Grund zur Sorge geben (McGhee, 1989, S.163).

Wenn ein Kind aber lachen und spielen kann, hat das positive Auswirkungen auf dessen seelische Gesundheit. Denn wenn man nach Wolfenstein (1954, zit. nach Robinson, 2002, S. 137) geht, kann „Humor negative Erfahrungen in positive verwandeln“. Das bedeutet für den Krankenhauskontext, dass ein Kind durch Lachen und Spielen diesen Ort auch als positive Erfahrung erleben kann.

Ein Beispiel für ein international funktionierendes Spiel zwischen Kindern und Erwachsenen ist das sogenannte „Kuckuck-Spiel“. Bei diesem sucht ein Erwachsener zuerst den Kontakt zu einem kleinen Kind, wonach er sein Gesicht kurz versteckt und danach wieder auftauchen lässt. Durch dieses Spiel tritt beim Kind am Ende nach einer Ängstlichkeit eine Erleichterung auf, welche sich in Lachen auflöst (Berger, 1998, S. 59).

Dass durch Spielen kindliche Angst gemildert werden kann, wurde in einer Studie von Weber (2010) an fünfzig PatientInnen im Alter zwischen fünf und zwölf Jahren bewiesen. Im Experiment wurden Kinder in eine Interventionsgruppe und eine Kontrollgruppe geteilt. Während die erste Gruppe in einem Erholungszimmer an spielerischen Interventionen teilnahm, wurden Kindern der Kontrollgruppe keine Spiele angeboten. Die kindliche Angst wurde mit einer modifizierten Skala gemessen, der „Yale Preoperative Anxiety Scale“. Bei Kindern, welche mit Spielen abgelenkt wurden, zeigte sich bereits nach fünfzehn Minuten, dass ihre Angst gemildert wurde. Währenddessen blieb die Angst von nicht spielenden Kindern konstant (Weber, 2010).

In einer ähnlichen Studie wiesen die Forscher nach, dass die Ablenkung drei- bis sechsjähriger Kinder vor einer Operation durch kleine Spielzeuge signifikante Ergebnisse zeigt. Die Ablenkungen wurden den Kindern gegeben, um die Angst sowie die Ablehnung gegenüber der oral verabreichten Prämedikation zu mindern, was den Forschenden gelungen ist (Golden et al., 2006).

2.1.4 Fröhlichkeit und Heiterkeit

Fröhlichkeit und Heiterkeit werden nach dem Duden Synonymwörterbuch (Beil, 2010) synonym verwendet und unter anderem umschrieben durch a) „Ausgelassenheit,

Beschwingtheit, gute Laune, Munterkeit oder Vergnügtheit“ oder auch als b) „aufgelockerte, fröhliche Stimmung oder Gelächter“.

Bei Kindern besteht die Annahme, dass „das Ernstwerden des Kindes als Auffälligkeit und Symptom eines gestörten Befindens neben dem Schmerz beschreibt. Die Fröhlichkeit ist so sehr eine Eigenschaft des Kindes, dass sein Ernstsein oder Ernstwerden so gleich als etwas Auffälliges bedacht werden muss.“ (Hertl, 1977, S.5, zit. nach Robinson, 2002).

Aufgrund dieser kindesverwandten Eigenschaft von Fröhlichkeit und Heiterkeit stellen diese neben Humor, Lachen und Spielen ebenso wichtige Arbeitsbegriffe dar.

2.1.5 Humor und chronisch kranke Menschen

An dieser Stelle soll die Rolle hervorgehoben werden, welche Humor für das Leben chronisch kranker Menschen hat.

Astedt-Kurki, welche erwachsene PatientInnen zur Wichtigkeit von Humor während ihrer Erkrankung befragte, stellte fest: Wenn jemand Humor in seinem Leben als wichtig erachtet, erhält sich diese Präferenz auch in Situationen des Umbruchs durch eine chronische Krankheit, zumindest nachdem die kritische Phase vorbei ist. Die teilnehmenden Personen äußerten aber auch, sie hätten sich eine aktivere Humorhaltung bei Pflegenden gewünscht (Astedt-Kurki, 2001, S. 124).

Bei Kindern ist besonders im Angesicht von Ängsten, Frustration und Enttäuschungen bezüglich der Krankheit und dem Krankenhausaufenthalt Humor eine guttuende mögliche Bewältigungsstrategie (Robinson, 2002, S. 137).

Menschen, welche an einer chronischen Krankheit leiden, erleben in ihrem Leben aufgrund dieser Erkrankung verschiedene Phasen. Bain (1997) stellte fest, dass besonders in lang dauernden und latenten Phasen Humor den Patienten hilft die Krankheit und deren Symptome durch zu stehen. Bain fand heraus, dass Humor während Rehabilitationsprogrammen, in denen PatientInnen nur sehr mühsam und langwierig psychische oder physische Genesung erfahren, eine wichtige Rolle einnimmt. Bain stufte die Fähigkeit und den Willen Humor zu verstehen und einzubeziehen bei chronisch kranken und sterbenden Patienten als eine mögliche Coping Kompetenz ein. Zudem sind besonders die Art der Kommunikation und die Beziehung zwischen Pflegenden und PatientInnen maßgeblich, ob Humor auftritt oder nicht.

2.1.6 Humor in der Pflege

Wenn in dieser Arbeit von Humor in der Pflege die Rede ist, dann ist der humorvolle Umgang jeglicher Art von Pflegenden bezüglich den PatientInnen, ihren Angehörigen, aber auch

innerhalb der Berufsgruppe sowie im interdisziplinären Team gemeint. Der Hauptaspekt liegt aber im Humor in der Pflegenden-PatientInnen Beziehung.

Eine Studie von Astedt-Kurki zeigte, dass chronisch kranke ältere Menschen, welche ein Bedürfnis danach und deswegen Humor gerne erleben würden, jedoch aufgrund verschiedener Ereignisse keinen mehr aufbringen können, besonders auf die Unterstützung der professionellen Helfer angewiesen sind. Die StudienteilnehmerInnen äußerten, dass Humor ihnen half, mit schwierigen Situationen umzugehen, indem ein „Rast-Moment“ und eine neue Perspektive für eine veränderte Lebenssituation entstand. Bevor Pflegende aber Humor benützen, müssen sie ihre KlientInnen und ihre Einstellungen bezüglich Humor kennen (Astedt-Kurki, et al., 2001).

Weitere Autoren erkannten, dass Intuition, Sensibilität, Urteilsvermögen, Erfahrung, Persönlichkeit und eine positive Einstellung gegenüber dem Einsatz von Humor bei den Krankenpflegepersonen vorhanden sein müssen, um diesen adäquat gebrauchen zu können (Patenaude & Brabant, 2006, S.42).

Andere wiederum betonen, dass der aktive Einsatz von Humor „nicht nur von der aktuellen Stimmung der Pflegepersonen und ihrer persönlichen Einstellung zum Gebrauch von Humor abhängig sein soll, sondern dass sich Pflege- und andere Gesundheitsprofis beim Wissen um das positive Wirkungspotential des Humors ein Repertoire an Humorinterventionen aneignen sollen“. (Astedt-Kurki, 2001, zit. nach Bischofberger, 2008, S. 76).

2.2 *Humortheorien*

Pflegepraktikern kann das Kennen von Theorien zum Phänomen Humor helfen, die für sie und die Pflegeempfänger passenden Interventionen daraus auszuwählen. Indem die Maßnahmen an das Pflegekonzept und Pflegeverständnis der Station angepasst werden (Schlüer, 2008, S.38 u. 39).

Die folgenden drei Humor-Theorien, welche von Morreal (1987) geprägt wurden, erklären das Auftreten von Humor und werden von McCreddie oder Bischofberger für den Gesundheitsbeziehungsweise Pflegebereich als dominierend erachtet (McCreddie, 2009, S.1080; Bischofberger 2008, S.39 ff.). Die Theorien werden nicht auf das Entwicklungsstadium eines Individuums hin betrachtet, weshalb nicht eindeutig festzustellen ist, ob die Erklärungsmuster auch für kindlichen Humor gelten können. Denn wie sich in Kapitel 2.5 zeigt, differiert der Humor von Kindern und Erwachsenen.

Morreal (1987) ordnet der *Überlegenheitstheorie* jenen Humor zu, welcher aus Fehlern oder Missgeschicken anderer entsteht. Genauso aber kann das Lachen über sich selbst eine Art der

Überlegenheit ausdrücken (Morreal, 1987; zit. nach Bischofberger, 2008, S.39). Meeker erklärte, Komik beweise, dass „der Mensch zwar schwach, dumm und lächerlich sein möge, sich jedoch allen Widrigkeiten zum Trotz immer wieder behaupte.“ (Meeker, 1974, zit. nach Robinson, 2002, S. 19). Robinson fasst zusammen, dass die Theorie ein Kontinuum beschreibt, wobei Lachen auftritt, wenn gar keine Person bis zu einer bestimmten Zielperson der Auslöser ist, welche auch das eigene Selbst betreffen kann. Überlegenheit heißt in diesem Zusammenhang nach Robinson, dass ein unterschiedlich stark ausgeprägtes Gefühl der Beherrschung der Situation *Humor und Lachen* erklärt (Robinson, 2002, S. 19).

Die zweite wichtige Theorie ist die *Inkongruenz-* oder auch *Diskrepanztheorie* und meint Humor, welcher aus einem Überraschungseffekt heraus entsteht. Dies kann man auch mit dem Begriff „Situationskomik“ beschreiben (Bischofberger, 2008, S. 40). Absurdes entsteht und löst Gelächter aus, wenn ein Unterschied zwischen der Erwartung und einem unerwarteten Ereignis zu Stande kommt (Robinson, 2002, S. 19).

Die dritte Theorie, die *Entlastungstheorie* befasst sich mit dem Zweck und der Funktion von Humor und wird auch *Befreiungstheorie* genannt. Humor dient demnach dem Abbau negativer Dimensionen wie Spannungen, Ängste und Frustrationen und macht das Leben erträglicher. Entlastungen finden auf kognitiver, emotionaler und physischer Ebene statt (Robinson, 2002, 21). Bischofberger fügt dem hinzu, dass der Entspannungseffekt zentral ist, Wege und Lachauslöser um dort hin zu gelangen sind sekundär (Bischofberger, 2008, S. 40). Mögliche Funktionen von Humor werden im nächsten Kapitel erläutert.

2.3 Funktionen von Humor

Humortheorien wie die oben gezeigten erklären zunächst, warum jemand humorvoll reagiert. Welche Funktionen Humor erfüllen kann, ist aber unterschiedlich. Bönsch-Kauke (2003) unterscheidet sechs verschiedene Funktionen des Humors, welche sie durch den Überbegriff „Mensch freue dich“ zusammenfasst.

Die erste Funktion, welche Humor erfüllen kann, erklärt die Zuschreibung zu einer Gruppe. Und zwar sich selbst als Mitglied einer Gruppe zu orientieren und sein Verhalten danach zu richten. So erhöht auch Humor unter Teenagern das „Wir-Gefühl“ und verstärkt die Abgrenzung zu Erwachsenen.

Die zweite Funktion von Humor erfüllt eine Ventil- und Therapierolle, wobei schambehaftete, tabuisierte Themen durch Komik in etwas Positives umgewandelt werden können. Etwas, das bei Kindern vielleicht eher eine Rolle spielen könnte ist das Ziel, sich aus „Ängsten und Zwängen zu befreien“ (Bönsch-Kauke, 2003, S. 35).

Die nächste Funktion dreht sich um die Milderung von Stress durch ein Coping Verhalten, welches durch „heitere Gelassenheit“ erzielt wird. Als vierte Funktion nennt die Autorin die „schöpferische Intuition von Kombination des scheinbar Unvereinbaren“, welche in engem Zusammenhang mit der Inkongruenztheorie steht. Diese besagt, dass etwas, das kurz zuvor unmöglich erschien, unerwartet durch Humor plötzlich erreicht wird.

Eine andere, sehr ausgeprägte Funktion von Humor ist nach Dixon (1980, zit. nach Bönsch-Kauke, 2003, S. 37) jene von „Humor als eine Frage des Überlebens“, welche eng an evolutions-biologische Theorien geknüpft ist. Demnach ist Humor eine friedlichere Alternative zum Kampf, welche den Menschen ein gutes Zusammenleben verschafft. Craik & Ware (1998, zit. nach Bönsch-Kauke, 2003, S. 37) fügen der Überlebensfrage noch die Dimension von „Lebendigkeit und Lebensqualität“ hinzu, wonach ein Mensch durch Humor als „ungezwungenes Probieren“ neue Möglichkeiten erspielen kann.

In seiner sechsten Funktion dient Humor dem „zivilisierten kulturellen Zusammenleben“. In dieser Ansicht erfüllt Humor alle Funktionen zu diesem Zweck, sei es als Gruppensolidarität, als Möglichkeit Beifall zu erzielen, als Form sozialer Aggression und Umformen der Machtverhältnisse durch Zeigen von Überlegenheit (Giles et al., 1976, zit. nach Bönsch-Kauke, 2003, S. 37). Was für die Pflege bei Kindern besonders wichtig erscheint, ist die Funktion durch „gemeinsames Lachen ein Gefühl gegenseitiger Verbundenheit und Übereinkunft zu schaffen“ (Burbach & Barbitt, 1993, zit. nach Bönsch-Kauke, 2003, S. 37 ff.).

2.4 Die „Humor-Gesundheits-Hypothese“

Wenn man sich mit Humor in der Pflege beschäftigt, stößt man schnell auf die Thematik des Einflusses von *Humor und Lachen* auf körperliche Prozesse, welche größtenteils aus psychologischen Forschungen stammen. In den 1970ern kam eine Wissenschaftszweig auf, welcher sich mit dem Lachen und ihren Auswirkungen auf den menschlichen Körper zu beschäftigen begann: Die Gelotologie. Den Anstoß dafür gab 1979 Cousins, welcher sich mit der schmerzlindernden Wirkung von Lachen auseinandersetzte (Cousins, 1976, zit. nach Bischofberger, 2008, S.51). Erst im letzten Jahrzehnt gewann die Thematik mehr Interesse und Akzeptanz im Gesundheitsbereich, etwa als zusätzlicher Ansatz moderner Psychotherapie. Dabei wird Humor von Dixon als „kognitive Alternative zum Stress“ angesehen (Dixon, 1980, zit. nach Bönsch-Kauke, 2003, S. 36).

Weil mittlerweile viele medizinische und psychologische Erkenntnisse mit unterschiedlich starker Evidenz kursieren, beziehe ich mich in Folge auf einen Literaturüberblick dazu aus einem pflegewissenschaftlichen Blickwinkel. McCreaddie bezieht den Background ihrer

pflegewissenschaftlichen Forschung nach der Methode der Grounded Theory (siehe Kapitel 2.7.4) auf Ergebnisse aus mehreren Bereichen psychologischer Forschung. Die meisten der durchgeführten Studien wiesen die Effektivität des Einsatzes von Humorinterventionen nach, indem sie Reaktionen von gesunden Probanden in Interventionsgruppen nach dem Zeigen von humorvoller Videosequenzen oder Comics auf verschiedenen Arten maßen. Dabei wurde die Linderung von Schmerzen und zur Steigerung des Wohlbefindens beforscht. Die möglichen Effekte von Lachen werden nun vorgestellt.

Zentral in diesem Forschungsbereich ist die „Humor-Gesundheits-Hypothese“, bei welcher von direkten und indirekten Wirkungen von Humor auf die Gesundheit die Rede ist.

Die direkte Hypothese spiegelt Studienergebnisse wider, in welchen der positive Einfluss von Humor auf das kardiovaskuläre System, das Immunsystem und auf Schmerz beforscht wurde. Am ehesten konnte darunter der stärkende Einfluss von Emotionen auf das Immunsystem nachgewiesen werden (Booth & Pennebaker, 2000, zit. nach McCreaddie, 2009, S.1081).

Die indirekte Hypothese beschreibt die Stress reduzierenden Effekte von Humor. Bennet & Zeller (et al. 2003) wiesen den positiven Effekt von fröhlichem Lachen auf das Immunsystem gesunder Probanden nach, in welcher Folge nach subjektivem Empfinden der Probanden Stress gemildert und natürliche Killerzellen durch das Lachen gestärkt wurden. Diese Zellen sind unter Anderem in der Lage, bösartige Zellen zu erkennen und zu bekämpfen (Bennett & Zeller, 2003). McCreaddie erwähnt außerdem, dass andere Studien belegen, Humor könne widrige Ereignissen umdeuten sowie soziale Unterstützung oder Kompetenz durch Humor verstärken (vgl. McCreaddie, 2009, S.1081).

2.5 Humor in der menschlichen Entwicklung

Damit Pflegende mit Kindern im Pflegealltag einen (alters-) angemessenen Humor einsetzen können, kann es hilfreich sein, sowohl zu wissen worüber ein Kind gerne lacht (Humoranamnese), als auch in welchem Entwicklungsstadium es sich bewegt und welche Arten von Humor vorherrschen.

Die menschliche Entwicklung lässt sich grob in drei Zyklen einteilen: Kindheit, Jugend und Erwachsenen-Alter (Bönsch-Kauke, 2003, S. 49 ff.). Weil für die vorliegende Untersuchung das Verstehen und Fördern des Kinderhumors im Vordergrund steht, wird dieser genauer beschrieben, als jener der beiden anderen Entwicklungsstufen.

2.5.1 Humor von Kindern

Um Humor von Kindern zu verstehen, sind die zu den Erwachsenen unterschiedlichen Ausdrucksformen von Minderjährigen zu bedenken. Die Lebensphase der Kindheit geht von der Geburt bis ungefähr dem zwölften Lebensjahr.

Popp geht davon aus, „dass sich ihre Ausdrucksformen aus zwei Quellen speisen: Der erste Ursprung ist das Wechselspiel zwischen Anpassung an[...] und Befreiung aus der Erwachsenenkultur. Eine zweite, wichtige und zu wenig wahrgenommene Quelle ist das Entwickeln und Weitergeben von Ausdrucksformen zwischen den Kindern. Das heißt, dass Kinder viel von anderen Kindern lernen, was von Sprache, über Spiele, verschiedene Tätigkeiten [...] und Obszönitäten reicht“ (Popp, 1994, S.85).

Wie Popp es sieht, bedeutet Kinder zu verstehen auch, von ihnen zu lernen und ihnen zugestehen, selbst schaffend tätig zu sein.

Die Entfaltung des kindlichen Humors läuft nebeneinander mit seiner gesamten intellektuellen, sozialen, psychischen und physischen Entwicklung. Der Kinderhumor teilt sich nach Wolfenstein (1954, zit. nach Robinson, 2002, S. 137) in drei Stufen: zuerst das Spiel, dann die „Ulkerie“, welche bei Einsatz des Sprachvermögens eintritt und schließlich die Verwendung der Scherzfassade, welche mit dem Heranreifen der Abstraktionsfähigkeit zwischen sechs und sieben Jahren entsteht.

Wie Wolfenstein beschreibt auch Bönsch-Kauke (S. 52), dass Kinder zunächst ulkig andere Benennungen von Dingen erfinden oder überraschende Scherzrätsel erzählen oder selbst Pointen kreieren. Das geschieht dann im Alter zwischen sieben und elf Jahren und wird von Kindern oft genutzt, um manch unsinnigen Forderungen von Erwachsenen „ohne Schuldgefühle zu entkommen“.

Zu ähnlichen Erkenntnissen kam Neuß in einer Untersuchung über Humor von Grundschulkindern bis zehn Jahren. Er fand heraus, dass Kinder am häufigsten über „kleine Ungeschicklichkeiten anderer“, das „Spiel mit Sprache und Bedeutung“ sowie über das „Spiel mit Erwartungshaltungen“ lachen (Neuß, 2003). Weitere Bereiche des kindlichen Lachens sind, „Streiche spielen“, „Heikle oder peinliche Themen“, aber auch „Lebenslust und Ideenreichtum“ wie zum Beispiel Rollenspiele durch verrückte Ideen und Kreativität. Letztere wird nach Auffassung von Neuß in Zusammenhang mit Humor in der Forschung zu wenig Aufmerksamkeit gewidmet (Neuß, 2003, S. 15).

Eine andere Betrachtung des kindlichen Humors kommt von Berger und betrifft die Entwicklung verschiedener Lachmuster. Bevor ein Kind überhaupt das Lachen lernt, kommt das Lächeln, welches nach Lorenz als wesentliches Zeichen sozialer Interaktion gilt. Nach dem

ersten Lächeln aufgrund des Wiedererkennens vertrauter Menschen folgt das verlegene Lächeln. Später kommt das freudige Lachen, dann das Lachen über eine komische Situation, das Lachen in einer Gruppe, das aggressive Lachen über einen Außenseiter und Lachen aus Schadenfreude (Berger, 1998, S. 58).

Hilfreiche Hinweise nennt Rivera bezüglich des humorvollen Umgangs mit Kindern im Krankenhaus, welche diese beim Hochheben fragte: „Was bist du heute? Ein Sack Kartoffeln, oder ein Beutel Karotten?“ Nach diesem Muster äußert sie die Anregung, den Humor „möglichst einfach zu halten, Übertreibungen zu verwenden und jederzeit auf spontane Komik vorbereitet zu sein“ (Rivera, 1988, zit. nach Robinson, 2002, S. 139).

2.5.2 Humor von Jugendlichen

Die Jugend oder Adoleszenz reicht vom zwölften Lebensjahr bis zur Volljährigkeit und gilt als Zeit des Erwachsenwerdens, welche durch viele Veränderungen geprägt ist. Bei Jugendlichen „erweist sich Humor als fundamentaler Bestandteil der Interaktion“ (Bönsch-Kauke, 2003, S. 54). In der Jugendzeit dienen verschiedene Arten von Humor, wie lustige, spontane Geschichten über Anstandsverletzungen, erinnerte Witze zu Themen der Obszönität und Sexualität der Belustigung. Der Humor dient über die einfache Belustigung hauptsächlich um, „sensitive heikle Sachverhalten, die nicht direkt erforscht werden können, indirekt anzusprechen.“ Der Humor von Jugendlichen ist aber bereits deutlich ernster und sinniger, als der von Kindern, wodurch sich weiter - von weniger weit - entwickelten Jugendlichen abgrenzen (Sanford & Eder, 1984, zit. nach Bönsch-Kauke, 2003, S. 54).

2.5.3 Humor von Erwachsenen

Charakteristisch für den Humor im Erwachsenenalter ist nach Bönsch-Kauke die Herausbildung von Charakteren, welche Humor mehr oder weniger stark in ihre Persönlichkeit integrieren. Bei manchen Erwachsenen verkümmert der Sinn für Humor im Laufe der Zeit zusehen. Riemann unterscheidet zwischen Personen, welche sich von ihren Ängsten unterdrücken lassen und „Humoristen“. Diese verstehen es besser als solche „schizoide, depressive, zwangsgestörte und hysterische Charaktere“, die verschiedensten Gefühle in einen humorvollen Kontext zu stellen, sie zu beherrschen und mit ihnen zu spielen. (Riemann, 1999, zit. nach Bönsch-Kauke, 2003, S. 55).

Ob ein Mensch in seiner Entwicklung seinen individuellen Sinn für Humor entdeckt, hängt davon ab, ob er in der Lage ist „unerwartete und absurde Situationen kognitiv als humorvoll einzuordnen können“. Das Persönlichkeitsmerkmal Humor setzt sich aus vier Unterkategorien zusammen, welche eine große Bandbreite von gesellschaftlich akzeptierten bis eher

abgelehnten Merkmalen abdecken. Die humorbezogenen Charakter-Domänen Erwachsener sind „Heiterkeit“, „Vernunft“, „Unsinn“ oder „Mürrischkeit“ (Craik & Ware, 1998, zit. nach Bischofberger, 2008, S. 35).

2.6 Das Pflegekonzept zu Humor

Für Humor in der Pflege wurde von Bischofberger (2008) ein Pflegekonzept erstellt. Dieses stellt das zentrale Pflegekonzept dar, auf welches an verschiedenen Stellen in dieser Arbeit zurückgegriffen wird.

2.6.1 Zentrale Ansatzpunkte

Die zentrale These des Konzepts ist, dass „Humor trotz und mit Krankheit erlebt werden kann“ (Bischofberger, 2008, S.29), weswegen Pflegenden einen humorvollen Umgang auch bewusst in ihre Kommunikation mit PatientInnen einbeziehen sollen.

Das Werk der Autorin ist eine Zusammensetzung vieler einzelner Aspekte. Die wichtigsten Elemente davon sind Definitionen, Theorien, das Unterscheiden von *Humor und Lachen*, und emotionale und physische Wirkungen von Lachen und Heiterkeit (siehe Kapitel 2.1, 2.2 und 2.4). Außerdem bezieht sich Bischofberger auf ethische Richtlinien zur Anwendung von Humor der Schweizer Organisation HumorCare (siehe Kapitel 2.8.3) Außerdem kann Humor in einem fünfstufigen, therapeutischen Humorprozess beschrieben werden (Hirsch, 2001, zit. nach Bischofberger, 2008, S.41). Diese Stufen handeln von der Humorfähigkeit von einem Individuum, welches damit anfängt aus unterschiedlichen Gründen „*Nicht lachen (zu) können*“ und im zweiten Schritt dazu führt, „*Über andere lachen (zu) können*“. Die mittlere Stufe betrifft, „*Über sich selber lachen können*“ und entwickelt sich hin zur Erlaubnis: „*Anderen dürfen über mich lachen*“. Die höchste Stufe des Humors ist nach Hirsch, wenn „*ich gemeinsam mit anderen über mich lachen*“ kann. Bischofberger erklärt, dass Pflegenden das Kennen dieser Stufen beim Erkennen und Fördern des Humors helfen kann.

Zudem beleuchtet die Autorin in ihrem Konzept verschiedene Aspekte zu chronischen Krankheiten, Kindern (siehe Kapitel 2.1.5, 2.5), sowie alten oder psychischen kranken Menschen, Angehörigen und professionell Helfenden im Kontext von Humor.

Auch eine Humoranamnese wird vorgestellt und empfohlen, worauf unterhalb eingegangen wird.

Einen wesentlichen Anteil des Humorkonzepts bilden „Humorinterventionen“, welche entweder dem spontanen oder dem geplanten Humor zugeteilt werden. Diese sollten von Pflegenden angesehen werden als „zu anderen professionellen Angeboten in der Pflege

gleichwertigen Interventionen, welche zur Verfügung gestellt werden“ (Erdmann, 1991, zit. nach Bischofberger, 2008, S.77).

Nachdem im Konzept „Humor im angesichts von Krankheit und Tod“, „Humor im Alter“ und „Aus der Sicht von Betroffenen und Angehörigen“ erläutert wurde gibt Bischofberger im letzten Teil des Konzepts „Tipps für die Umsetzung in der Pflegepraxis“.

2.6.2 Humor-Anamnese

Die übliche Pflegeanamnese sieht vor, dass „die Informationen, die der Patient über seinen Körper, seine Lebensumstände, Bedürfnisse und Gewohnheiten gibt, in verschiedenen Kategorien zusammengefasst und abgekürzt festzuhalten.“ (Hausmann, 2009, S. 26).

Eine Einschätzung des PatientInnen Humors mit in die Anamnese zu nehmen, erleichtert nach Erachten Bischofbergers Interventionen auf den jeweiligen Sinn für Humor auszurichten und kann das Informationszentrum über die Lebenswelt des Patienten bereichern (Bischofberger, 2008, S. 71 ff.). Neben Gesprächen sind besonders Beobachtungen der wichtigste Wahrnehmungskanal von Pflegenden, um die Humorbezogenen Bedürfnisse herauszufinden. Hilfreich für das Abtasten des PatientInnen Humors ist neben einer „längeren Berufserfahrung, das Interesse für die Lebenswelt der Betroffenen und das Kennen deren Vorlieben“. Rizzo Parse (1993, zit. nach Bischofberger, 2008, S. 71) erkannte, dass auch „Alter, Sprache, Kultur, Bildungsniveau oder das Geschlecht Anhaltspunkte zur Beobachtung von Humor“ sind. Verschiedene offene Fragetechniken wurden von Pflegefachpersonen vorgeschlagen, um ansprechbare, und wie es scheint erwachsene Personen nach ihrem Humor zu fragen (Robinson, 1999; oder Schultes, 1997, zit. nach Bischofberger, 2008, S. 72). Für Kinder werden keine Fragen formuliert, weswegen die vorgeschlagenen kognitiv anspruchsvollen Fragen etwa nach humorvollen Erinnerungen, dem bevorzugten Humorstil, oder der Art Humor, welche sie bei Pflegepersonen schätzen, dem Entwicklungsstand angepasst werden müsste.

2.6.3 Tipps für die Umsetzung in der Pflegepraxis

Wenn einzelne Pflegende daran Interesse haben, den Humor in ihrer Einrichtung voranzutreiben, gibt Bischofberger den Ratschlag, sich zunächst kleine Ideen zu überlegen und umzusetzen (Bischofberger, 2008, S. 334 ff.). Deren Ergebnis lässt sich rasch an den Reaktionen der PatientInnen, Angehörigen und auch KollegInnen feststellen, ohne viele Hierarchien zu durchlaufen und Ressourcen zu benötigen. Dafür wird ein Interventionsplan vorgeschlagen, um die Aktion, Ziele, Ort und Zeit zu bestimmen sowie am Ende eine Zielüberprüfung erfolgt. Wenn dieser Plan steht, empfiehlt die Expertin das Eintrainieren der ausgesuchten Humorintervention, denn jede Fähigkeit will geübt sein.

Für Institutionen, welche ein Humorprojekt in Angriff nehmen wollen, gibt es den Hinweis, einen angemessen langen Zeitraum einzuplanen und den MitarbeiterInnen genügend Gestaltungsspielraum zu geben, ihren eigenen Humorstil zu finden. Außerdem gilt es, sich nicht nur auf das Verbreiten von Humor durch einzelne Personen als Klinik Clowns zu verlassen. Stattdessen sollte das gesamte Personal offen und für das Thema bereit sein. Außerdem soll kontinuierlich versucht werden, den Humor am Laufen zu halten. Bischofberger hat dazu eine Erfindung gemacht, den „Heiterball“. Dieser wird zwischen den Stationen weitergereicht, wobei beim Anhalten des Balls das betreffende Team eine Humorintervention initiieren muss. Das soll den Wettbewerbsfreude und die Kreativität zwischen den Abteilungen fördern.

2.7 Das Auftreten von Humor in der Pflegenden-PatientInnen-Beziehung

Weil Kinder und ihre Familien während ihres Krankenhausaufenthaltes nach Sheldon „the most vulnerable time“ erleben, sind besonders KinderkrankenpflegerInnen als engste Betreuungsperson in einer besonderen Position. Nach der Forschenden kann vorsichtig eingesetzter Humor helfen, die Pflegenden-PatientInnen-Beziehung zu bilden und zu festigen. Dadurch erleben Familien „a greater sense of well-being“ sowie ein erhöhtes Kontrollgefühl über die Situation (Walker & Avant, 1988, Gaberson, 1991, zit. nach Sheldon, 1996, S. 1180).

Es bestehen auch Beobachtungen, dass Humor bei vielen Pflegepersonen zwar in der alltäglichen scherzenden Kommunikation vorkommt, von ihnen selbst jedoch selten als humorvoll eingeschätzt wird (du Pré, 1998, zit. nach Bischofberger, 2008, S.65). Dadurch entsteht eine Unterscheidung des Auftretens von Humor in der Pflegenden-PatientInnen-Beziehung in solche die spontan und unbewusst erfolgen sowie solchen, die geplant und gezielt, direkt oder indirekt erfolgen. Unterhalb wird diesbezüglich das Verständnis der zentralen Arbeitsbegriffe erläutert.

McCreddie (2009) brachte eine Grounded Theory zur Rolle von Humor in der Pflegenden-PatientInnen-Beziehung hervor, wobei zwei zentrale Ergebnisse hervorstachen. Die Untersuchung fand in Großbritannien mit zwölf „Clinical Nurse Specialists“ statt, welche ihre Interaktionen mit PatientInnen auf Band aufnahmen und in einem Tagebuch kommentierten. PatientInnen waren in dieser Studie nicht Kinder, weshalb die Ergebnisse für die interessierende Zielgruppe nicht verallgemeinert werden können.

Die Kernkategorie ist „*the good patient persona*“, also die Rolle des guten Patienten. Diese Rolle formt sich unter anderem aus dem Einsatz des Patienten von Humor zur Aussöhnung dieser guten Rolle „*Humour use in reconciling the good patient persona*“.

Was die „Rolle des guten Patienten“ betrifft, so erkannte die Forschende, dass diese sich aus einer Summe von Bereichen wie Compliance, Kriecherei, positivem Coping oder Übereinstimmung zusammensetzt. Die Autorin weist darauf hin, dass ein Patient davor geschützt werden sollte, einen guten Patienten zu mimen zu müssen, um negative Konsequenzen zu vermeiden.

Die Interaktion von Pflegenden und PatientInnen ist gekennzeichnet von asymmetrischem Humor, da PatientInnen viel öfter als die Pflegenden Humor initiierten oder darauf reagierten. Nicht immer, jedoch meistens schätzten die Autoren „self-disparaging humour (SDH)“, so sich selbst gegenüber abschätziger Humor sowie Schwarzer Galgen Humor „Gallows“ als „Problematischen Humor“ ein. Nicht problematisch hingegen war „nicht übereinstimmender Humor“, zum Beispiel wurde die Beziehung gestärkt, wenn vormalige Ungereimtheiten beim Humor wiederaufgegriffen wurden (McCreaddie, 2009).

Während McCreaddie die Rolle von Humor als eher negativ besetzt beschreibt, geht Astedt-Kurki davon aus, dass Humor den KlientInnen auch helfen kann, Unzufriedenheit mit dem Personal zu äußern und sich über negative Erfahrungen zu beschweren (Astedt-Kurki, 2001, S. 120).

2.7.1 Spontaner Humor

McCreaddie (2009, S. 1081) fasst zusammen, dass bis dato der Gebrauch von Humor im Gesundheitsbereich von den verschiedenen Akteuren meistens spontan stattfindet. Sie beschreibt ihn als dynamisch, komplex und von verschiedenen Faktoren abhängig.

Robinson vertritt die Auffassung Emersons (1963, zit. nach Robinson, 2002, S. 11), spontaner Humor entsteht in alltäglichen Situationen, wie etwa schlagfertige Bemerkungen oder witzige Handlungen, die durch die jeweilige Gegebenheit inspiriert wurde.

Ein umfangreiches Literaturreview lieferten Patenaude & Brabant (2006). Darin wird nachgewiesen, dass der Großteil an Studienergebnissen Humor zwischen Pflegenden und Patienten als hauptsächlich kontextuell, situationsbezogen und spontan stattfindend beschreibt (Astedt-Kurki, 2001, zit. nach Patenaude & Brabant, 2006, S. 38). Obgleich die meisten Situationen spontan sind, widerspricht das laut Robinson nicht der Tatsache, dass Pflegende ihre humorvollen Äußerungen dennoch zielgerichtet einsetzen. Sie es also

absichtlich machen und damit Amüsement beim Gegenüber erzeugen wollen (Robinson, 1999, zit. nach Patenaude & Brabant, 2006, S. 38).

Bischofberger betont, dass auch der spontane Humor in der Pflege wichtig und nicht weg zu denken ist. Humorinterventionen zusätzlich zu planen und sich einen Polster an Handlungsvarianten anzutrainieren, sei beim Wissen um deren positive Wirkungen fast ein Muss für eine professionelle Pflegeperson (Bischofberger, 2008, S.75).

2.7.2 Humor als geplante Intervention

Aufgrund der Darstellung der positive Effekte und der von diversen Autoren empfohlenen Einsatz von Humor sind neben dem spontanen Humor die geplanten Humorinterventionen zu stellen.

Wenn Humor von Pflegenden tatsächlich als weitere Intervention bewusst und geplant in die Pflege eingebaut wird, kann das so aussehen oder zu Folgendem dienen:

„Die PatientInnen unterstützen, Lustiges, Amüsantes oder Absurdes zu erleben, zu schätzen und auszudrücken, Beziehungen aufzubauen, Spannungen zu erleichtern, Ärger abzubauen, Lernen zu erleichtern oder schmerzvolle Gefühle besser ertragen zu können.“

Bereits 1992 fand diese Definition zum geplanten Einsatz von Humorinterventionen zur Förderung des Humors bei PatientInnen Einzug in eine Pflegeinterventionsklassifikation (McCloskey & Bulechek, 1992, zit. nach Bischofberger, 2008, S. 348). Wie die Definition beschreibt, geht es nicht nur um die Erheiterung der PatientInnen, es geht vielmehr auch um eine „Wertschätzung von lustigen Situationen und die Fähigkeit, selbst Humor ausdrücken zu können“ (Bischofberger, 2008, S.75).

Ganz allgemein gilt für den Einsatz von Humor in der Pflege, wie bei jedem Heilmittel, dass dies nicht „Krankheits- oder Situationszentriert“ sondern „Patienten- oder personenzentriert“ geschehen muss (Hirsch, 2001, zit. nach Bachmaier, 2007, S.66). Das bedeutet, jeder Einsatz von Humorinterventionen ein individuelles Ereignis ist, das auf das jeweilige Kind und dessen eigene Situation und nicht nur dessen Krankheit abgestimmt werden soll.

Die von Bischofberger aus Pflegeliteratur und Praxis gesammelten Beispiele an Humorinterventionen sind mitunter: „Humor zu thematisieren“, wobei mit KollegInnen und PatientInnen über Humor diskutiert werden soll. Die Anregungen dazu können aus Artikeln, Filmen, Videos oder Büchern oder aus der eigenen Erfahrung zu erzählen. Eine andere Intervention ist, „Krankenhauslebnisse zu dokumentieren“, wobei PatientInnen dazu aufgefordert werden, lustige Erlebnisse etwa in einem Comic bildlich zu gestalten. Weitere Interventionen sind, ein „Humortagebuch führen“, „Geschenke von Angehörigen empfehlen“,

„Witze erzählen“, eine „Humorseite in der Hauszeitung oder eine eigene Humorzeitung zu gestalten“ und viele andere, welche im Werk von Bischofberger nachzulesen sind (2008, S. 77-81).

Robinson nennt „geplanten“ auch „formalen“ Humor, welcher von Pflegenden sehr selten benutzt wird. Dazu zählt sie den „Einsatz von Comics, literarischen Werken, gezielt eingebrachte Witze, oder lustige Anekdoten im Rahmen einer strukturierten Situation“ (Robinson, 2002, S.10).

2.7.3 (In-) Direktes Auftreten von Humor

Beim Einsatz von Humor werden zwei Interventionsebenen unterschieden: Die Ebene des indirekten und des direkten Humors. Die erste betrifft das Hervorrufen jenes Lachens, welches durch den Einsatz von Utensilien zu Stande kommt. Das Ziel dieser Ebene ist die Utensilien für individuelle Bedürfnisse und Situationen auszuwählen. Direkter Humor meint jenen, welcher durch humorvolle Kommunikation, sei es nonverbal oder verbal, ausgelöst wird. Das kann das Scherzen mit PatientInnen mit Wortspielen oder Witzen sein. Hierbei ist das Ziel, Humor in der persönlichen Kommunikation zu erleben und auszudrücken (Bischofberger, 2008, S.76).

2.8 *Mögliche Effekte von Humor in der Pflege*

Obwohl bereits an früherer Stelle erwähnt wurde, dass Humor positive Effekte auf die Gesundheit auslösen kann, werden hier noch weitere Effekte, hervorgehoben, welche Humor von Pflegenden gegenüber PatientInnen haben kann. Studien zeigten, dass Humor auch einen Effekt auf den Umgang mit Eltern haben kann, etliche verschiedene positive Effekte erzielen kann. Während zu diesen Themen vermehrt auf Erkenntnisse bezüglich der Kinderkrankenpflege zurückgegriffen werden kann, ist die Diskussion über negative Folgen falsch eingesetzten Humors genereller.

2.8.1 Humor zur Erleichterung des Informierens der Eltern

Sheldon untersuchte das Humorkonzept für die pädiatrische Pflege und identifizierte Humor als unterstützenden Faktor, wenn es um die Information und Einschulung der Eltern in Pflegehandlungen geht. Weil jedoch Pflegende Humor zu spontan einbeziehen, gibt Sheldon die Implikation, es als bewusstere Aktivität in die individuelle Pflegeplanung und Beratung einzubinden (Sheldon, 1996, S. 1182). Sie betont aber, dass besonders ängstliche oder kulturell anders artige Eltern mit spontanen Humoräußerungen und Interventionen im Zweifelsfall zu verschonen sind, da deren Reaktion im Vorhinein schlecht einschätzbar wäre.

Interessanterweise widmet sich Sheldon hauptsächlich Eltern und Pflegepersonen, während die Kind-Perspektive ausbleibt (Sheldon, 1996).

Eines der Erkenntnisse von Mallett zum Thema „Humor und Lachtherapie“ war ähnlich wie bei Sheldon „Das Unterrichten von PatientInnen zu erleichtern“ (Mallett, 1995, S.75).

2.8.2 Diverse positive Effekte

Mallett ermittelte mögliche positive Effekte wie von Humor in der Pflege wie „als Eisbrecher zu fungieren“, „Angst zu vermindern“, „Kommunikation zu unterstützen“, „Wohlfühl-Gefühle zu stärken“, „Hoffnung positiv zu beeinflussen“, „Sprechtherapie zu unterstützen“, und „Schmerz zu reduzieren“. Sie limitierte jedoch, dass die Evidenz über den positiven Effekt der Humorinterventionen nicht besonders stichhaltig ist (Mallett, 1995, S.75).

Für das Thema „Angst zu mindern“ erzählt Schlüer aus ihrer Pflegepraxis, dass ängstlichen Kindern nachts mit humorvollen Aktionen sehr erfolgreich begegnet wurde, anstatt Schlafmittel einzusetzen. Wenn ein Kind vor der Dunkelheit der Nacht Angst hatte, konnte die Angst gemildert werden, wenn eine Pflegendende mit dem Kind zusammen mit einer Taschenlampe „Ich sehe was, was du nicht siehst“ spielte (Schlüer, 2008, S. 135).

Hirsch, (2001) schildert folgende Effekte von Humor, jedoch nicht explizit für die Pflege von chronisch kranker Kinder. Humor fördert den Genesungsprozess, Widerstandskräfte, Selbstsicherheit, Konzentration und Kompetenz. Aber auch die Freude am Leben, Motivation und Kreativität. Humor kann aber auch mildernde Effekte für Schmerzen, Einengung, Hilflosigkeit, Scham, Schuldgefühle, Angst oder Panik haben (Hirsch, 2001, zit. nach Bachmaier, 2007, S.67).

2.8.3 Verletzende Effekte von Humor gegenüber PatientInnen

Genauso wie die positiven Effekte, sind auch einige negative Auswirkungen von Humor bekannt. Bevor auf Verletzungsmöglichkeiten durch Humor näher eingegangen wird, ist auf ethische Richtlinien zum Einsatz von Humor an PatientInnen hinzuweisen.

Diese veröffentlichte die Gesellschaft HumorCare erstmals 1998 und zwölf Jahre danach in erneuerter Form. Die Richtlinie gilt für Mitglieder der Gesellschaft aus verschiedensten Gesundheits-Berufsgruppen verpflichtend, wie etwa Pflegendende, Klinik Clowns, ÄrztInnen oder PsychotherapeutInnen. Abgesehen vom Mitgliederbereich richtet sich die Ethik von HumorCare an jene Personen, welche Humor therapeutisch einsetzen und damit das Ziel einer „heilenden“ Wirkung verfolgen. Die zwei zentralen Unterpunkte behandeln „Respektvollen Humor“ und „Therapeutischen Humor“ (Hänni & Lerch, 2010).

Bezüglich dem Thema Respekt verpflichten sich die Mitglieder, jeglichen „schwarzen“, also ironischen, sarkastischen und zynischen Humor zu vermeiden. Es wird festgestellt, dass besonders behinderte oder psychisch kranke Menschen aufgrund einer unfreiwilligen Komik leicht zur Zielscheibe solchen Humors werden können. Der zweite Artikel behandelt den Einsatz freiwilliger Komik zur Erzeugung eines therapeutischen Effekts. Dieser besagt, dass „sich ein Mensch bewusst und gezielt auf kommunikative und aktionale Normverletzungen einlässt, die zu einem erheiternden Effekt führen. Dies setzt das Wissen um spezifische kontrollierbare Techniken voraus, die grundsätzlich erlernbar sind, daneben aber auch Ausdruck individuellere Kreativität und Schlagfertigkeit sind.“

Um zu möglichen negativen Effekten von humorvollen Äußerungen zurück zu kehren, ist nach Bischofberger davon auszugehen, „dass zynischer oder sarkastischer Humor sehr negative Folgen auf das Seelenleben der KlientInnen haben kann“ (Bischofberger, 2008, S. 84). So kann in heiklen und für Angehörige schmerzvollen Momenten Humor von Pflegepersonen oder Ärzten unpassend und entwürdigend wirken. Diese Art von Humor wird auch als schwarz oder sarkastisch bezeichnet. Schluer empfiehlt den Professionisten, derart Humor in Anwesenheit von PatientInnen und Angehörigen zu unterlassen. Sollte es dennoch passieren, dass jemand ungewollt durch solche Äußerungen verletzt wird, sollte sich diese Person auf Anraten der Autoren umgehend entschuldigen.

Humor ist außerdem destruktiv, wenn er dazu verwendet wird, um Fremdenfeindlichkeit zu maskieren, den Empfänger lächerlich zu machen, während einer Krise, wenn es den Humor „Stil“ des Patienten ignoriert, er sexistisch oder rassistisch ist.

Humor ist dann eher mit Vorsicht anzuwenden, wenn das Verständnis des kulturellen und sozialen Hintergrunds unzureichend ist. Humor ist aufgrund seines persönlichen Charakters auch von kulturellen Maßstäben abhängig und demnach unterschiedlich (Mallett, 1995, S. 75).

Der Humor von PatientInnen kann einerseits als „Maske“ eingesetzt werden, um über Probleme hinwegzutäuschen, andererseits kann „gegen sich selbst gerichteter Humor ein Zeichen wachsender Selbstsicherheit sein“ (Bischofberger, 2008, S. 84).

Weil Humor nicht immer nur positiv ist, empfiehlt Pasquali Personen, welche Humor gezielt anwenden wollen, ihr Handeln (1990, zit. nach Bischofberger, S. 85) „adäquat anzupassen“.

Das heißt, dass Humor dann adäquat oder angebracht ist, wenn das Angstniveau der PatientInnen überschaubar ist, wenn Humor eine mögliche Bewältigungsform des/ der PatientIn sowie wenn der Humorstil der Interagierenden weitgehend übereinstimmt.

2.8.4 Betriebliche Effekte von Humor (insbesondere für den Arbeitsplatz Krankenhaus)

Humor ist besonders im Gesundheitsbereich für das Miteinander im Team essentiell. Dean & Major (2008, S. 1090 ff.) zeigten durch eine ethnografische Studie im Setting von „Critical Care“ und „Palliative Care“, dass durch Humor eine besondere Energie im Team und gegenseitige Unterstützung entsteht. Es wurde auch festgestellt, dass bei den MitarbeiterInnen durch gemeinsames Lachen ein Gefühl von Nähe, Vertrauen, und eine Stärkung der Beziehungen entstanden. Der Humor stattete das Team mit Widerstandskraft für stressvolle Situationen aus.

Hirsch spricht davon, dass Humor als „Persönlichkeitseigenschaft angesehen werden soll, welche eine Person befähigt, die Welt und sich anders zu sehen, zu erleben und heiter auf diese zu reagieren.“ (Hirsch, 2001, zit. nach Bachmaier, 2007, S.66 ff.). Mit dieser Einstellung kann nach Hirsch Humor als ein Ansatz zur Bewältigung von Problembereichen am Arbeitsplatz fungieren.

Der Autor erwartet, dass ein Betrieb, der Humor durch gezielte Humorinterventionen fördert, „Kränkendes und Krankmachendes verringern oder sogar verhindern“ kann.

Jedoch äußert der Autor auch Zweifel, da „die Situation in vielen Betrieben schwierig ist und wenig bis gar kein Boden für Lösungen durch Humor gegeben sind. Gründe dafür sind der in letzter Zeit vermehrte Bürokratismus sowie Euroökonomismus. Dadurch fällt es MitarbeiterInnen schwer, Bemerkungen und fachliche Einwände zu äußern, welche zur Verschlechterung des Arbeitsklimas beitragen können.“

Wie auch immer die konkrete gesundheitspolitische sowie betriebliche Situation aussieht, so stellt Hirsch fest, dass Humor in der Unternehmensstrategie selten „bewusst und handlungsorientiert“ verankert ist. Eine Möglichkeit, wie Humor dazu Eingang finden kann, ist nach Holtbernd, wenn Führungsfiguren selbst beweisen, „humorfähig“ zu sein. Gegenüber den MitarbeiterInnen soll eine Haltung eingenommen werden, welche die „Verringerung eigener Eitelkeit bei der Kommunikation und Förderung von befreiendem Lachen oder die Weckung von Ressourcen und Provokation neuer Perspektiven“ widerspiegelt. Im Mittelpunkt steht nach Holtbernd aber die Erleichterung der Kommunikation, ohne andauernd „Lacheffekte“ hervorrufen zu wollen (Holtbernd, 2001, zit. nach Hirsch, 2001).

Etwas abseits von der Unternehmensstruktur besteht im Setting Krankenhaus für Pflegende Berufe als professionell Helfende ein hohes Risiko, ein Burnout-Syndrom zu entwickeln.

Maslach & Leiter (2001, zit. nach Hausmann, 2009, S. 262) stellten fest, „dass das Burnout-Syndrom durch emotionale Erschöpfung, Distanzierung von anderen Menschen und

verminderte Leistungsfähigkeit gekennzeichnet ist“. Wenn jedoch Pflegende Humor als Coping Strategie in stressvollen Momenten stark in ihre Arbeit einbeziehen, konnten Talbot & Lumden (2000) eine positive Korrelation zwischen Humor und persönlicher Leistung sowie eine negative zwischen Humor und Depersonalisation nachweisen.

Hirsch vertritt zu der Argumentation der Wichtigkeit der Verankerung von Humor im Unternehmen die Einstellung, dass Humor als Fähigkeit auch lernbar ist. Bei manchen Personen ist diese Fähigkeit von Natur aus stärker verankert, als bei anderen. Hirsch spricht davon, dass jede/r MitarbeiterIn über seine „eigenen Unzulänglichkeiten lachen können sollte, auch wenn sie ihm ein Patient vor Augen führt“ (Hirsch, 2007, S.79). Dabei darf man jedoch nicht vergessen, dass im Krankenhaus Unzulänglichkeiten von MitarbeiterInnen die PatientInnensicherheit gefährden können. Deswegen können nur Lacheffekte positiv zum Arbeitsklima beitragen, welche aufgrund für PatientInnen nicht riskanter Fehler entstehen, wie etwa harmlose Missgeschicke. Hirsch macht dafür Vorschläge, wie man sich um seinen Humor kümmern sollte: Man sollte Witzbücher, CDs und Videos im Repertoire haben, seine Mitmenschen anlächeln, morgens Grimassen in den Spiegel schneiden und bei der Fahrt zur Arbeit fröhliche Lieder summen.

2.9 Humor in der Ausbildung zur Kinderkrankenschwester

In diesem Kapitel wird der Frage nachgegangen, welche Rolle Humor in der Ausbildung zur Kinderkrankenschwester und zum Kinderkrankenpfleger einnimmt.

Humor in der Ausbildung ist einerseits zu verstehen als Zugang, welcher das Lernen erleichtert und Gelerntes besser in Erinnerung behält. Robinson spricht davon, dass die Ausschüttung von Hormonen wie Adrenalin beim Lachen das Denk- und Erinnerungsvermögen anregen (Robinson, 2002, S. 102). Durch eine verstärkte Einbeziehung von Humor ins Lernen andererseits kann dies eine Haltung und Offenheit bei der zukünftigen Pflegenden fördern, in ihrer Arbeit Humor gezielt mit einzubeziehen. Hauptsächlich geht es aber um die Frage, ob Hintergründe und Methoden zu *Humor und Lachen* in der heutigen Ausbildung vertreten sind.

Eine Internationale Fragebogenerhebung unter PflegelehrerInnen (Adamle et al., 2007), an der sich Pflegefakultäten in Amerika, Irland und Taiwan beteiligten zeigt, dass Humor in der amerikanischen und irischen Ausbildung zur Kinderkrankenpflege stärker im klinischen Bereich, als in Klassenräumen stattfand. Dies veranlasste die Autoren zu der Vermutung, dass international Humor noch nicht wirklich als gehaltvolles Item für den Lehrplan anerkannt ist (Adamle et al., 2007, S.10). Die Empfehlungen der Autoren für die Pflegeausbildung waren,

Humor bezüglich drei Aspekten zu betonen: Wesentlich ist a) Die Anerkennung von Humor als Kommunikations-Werkzeug; b) Wissen über angebrachte und weniger passende Anwendungsweisen zu vermitteln; sowie c) das kulturelle Bewusstsein für das Vorhanden- sowie das Abwesend sein von Humor zu fördern (Adamle & Turkovski, 2006, zit. nach Adamle et al., 2007, S. 12)

Was die deutsche Ausbildung betrifft, verlautbarte die Internethomepage des deutschen Kinderkrankenpflege-Netzes, dass gewisse persönliche Eigenschaften im Beruf hilfreich sind. Erwähnt werden „Interesse an medizinisch-technischen Themen, emotionale Stabilität, Empathie, Geduld und Phantasie“. Letztere werden benötigt, um „schlecht gelaunten Vierjährigen einen Hustensaft zu verabreichen“. Ob auch Humor im Beruf benötigt wird thematisiert das Netzwerk nicht.

Wenn man das Grundlagenbuch von Hausmann (2009) zu Psychologie und Kommunikation für Pflegeberufe nach Humor oder Ähnlichem durchforstet, stellt sich heraus, dass sich weder im Inhaltsverzeichnis noch im Index etwas entdecken lässt. Unter den emotionalen Bedürfnissen von PatientInnen sind zwar „Sicherheit, Intimsphäre, Erfolgserlebnisse, psychologische Behandlung, Ernst genommen werden und Kontrolle“, jedoch nicht Humor oder Lachen beschrieben. Im Zusammenhang mit auftretenden Gefühlen der PatientInnen wird die „Lebensfreude“ kurz erwähnt (Hausmann, 2009, S. 33).

Die Lehrplandarstellung für die österreichische Ausbildung lässt alleine von der Darstellung der Schwerpunkte keine Lehrinhalte bezüglich *Humor und Lachen* oder etwas weitläufiger zum Umgang mit kranken Kindern erkennen. Bereiche der Ausbildung, in welcher eine Auseinandersetzung mit den genannten Themen denkbar wäre, ist bei Punkt 16 in den Fächern „Soziologie, Psychologie, Pädagogik und Sozialhygiene“ oder Punkt 17 in „Kommunikation, Konfliktbewältigung, Supervision und Kreativitätstraining“. Eine von vier wichtigen Zielsetzung in der Ausbildung ist, „den Zugang zum Kind/Jugendlichen zu finden“ (Internethomepage des Berufsverbands Kinderkrankenpflege Österreich).

So lässt sich aufgrund der durchsuchten Quellen am Ende dieses Kapitels feststellen, dass in Deutschland und Österreich sowie in den USA, China und Irland Humor in der Pflege Ausbildung in der theoretischen Darstellung wenig bis gar keinen Platz einnimmt.

2.10 Kinderkrankenpflege – oder: Die Pflege chronisch kranker Kinder

In diesem Kapitel wird die jeweilige Situation der beiden beteiligten Personengruppen dargestellt. Bei der Situation der PatientInnen geht es zunächst darum, eine Definition von

„chronisch krank“ zu geben. Dann soll geklärt werden, welche Bedeutung es für ein Kind und seine Familie haben kann, wenn man als Kind mit einer chronischen Krankheit lebt. Um dann explizit auf das Setting Kinderspital einzugehen, sollen besonders die Erwartungen, welche Kinder gegenüber dem Pflegepersonal haben, betont werden. Die zweite Perspektive zeigt die Situation der Kinderkrankenpflegenden in Bezug auf Möglichkeiten zur Unterstützung chronisch kranker Kinder.

2.10.1 Die Definition zu „Chronisch Krank“

Es wird eine sehr allgemeine Definition für Chronische Krankheiten zur Orientierung verwendet, welche von der Commission of Chronic Illness gemacht wurde und heute noch als aktuell gilt: „Chronische Krankheiten werden von pathologischen Veränderungen des Körpers verursacht, die irreversibel und dauerhaft sind oder eine bestimmte Behinderung hinterlassen. Sie sind durch Perioden von Verbesserungen und Rückfällen charakterisiert und brauchen meist über längere Zeit hinweg Beobachtung, Überwachung, Pflege und Rehabilitation.“ (Commission on Chronic Illness, 1956, zit. nach Funk, 1997, S. 13).

2.10.2 Die Bedeutung einer chronischen Krankheit für ein Kind

Die Erkrankung bedeutet für das Kind und sein Umfeld unter den Angehörigen und andere nahe stehende Personen eine „existentielle Krise“ (Schuchardt, 1994, zit. nach Schroeder, 1996, 55).

Das hängt nach Troschke auch damit zusammen, dass bei Kindern, „Die Fähigkeit zur rationalen Einsicht weniger ausgeprägt ist. Zusammenhänge werden nicht sachlogisch erklärt, sondern emotional interpretiert“ (1974, zit. nach Hirscher, 1978, S.9). Hirscher folgert, dass kranke Kinder „viel stärker als Erwachsene von einer Krankheit verunsichert sind oder diese als Strafe für eine Handlung empfinden können“. Außerdem passiert es nicht selten, dass besorgte Mütter mit gesteigerter Zuwendung und einer für das Kind ungewohnten Nachgiebigkeit reagiert. Hirscher stellte fest, dass dieses pädagogisch wenig sinnvolle Verhalten der Mutter dazu führt, dass das Kind dadurch verunsichert wird. Dann erkennt es die Chance, sich bedienen, verwöhnen zu lassen und wird anspruchsvoll und selbstsüchtig (Hirscher, 1978, S.9).

An eine Krankheit gebunden sind auch Bedürfnisse, welche mit den „aktuellen Lebensumständen eines Menschen zusammenhängen und bei Erkrankung sehr spezifische Formen annehmen können“ (Hausmann, 2009, S. 37). Nach Hausmann sind Bedürfnisse eine Art Motor, etwas „das den Menschen motiviert, Schwierigkeiten zu überwinden, Herausforderungen anzunehmen und immer wieder Neues zu wagen“ (S. 35). Die mit der

Krankheit verbundenen Bedürfnisse sind „Physiologische und Sicherheitsbedürfnisse“, etwa schmerzfrei sein zu wollen oder ausreichend und verständlich informiert zu werden. Aber auch „Soziale Bindungs- und Selbstachtungsbefürfnisse“ sowie „Selbstverwirklichung und spirituelle“ oder eine Reihe „Emotionaler Bedürfnisse“ prägen die Welt der Betroffenen. Jede Chronische Krankheit ist durch eine Reihe gemeinsamer Merkmale geprägt, welche als „stressreiche Ereignisse zu einer Störung normaler psychischer Adaption der Kinder und Jugendlichen führen können“ (Warschburger, 2000, S. 24). Die Autorin sammelte in ihren Überlegungen Stressoren chronischer Erkrankungen, welche bei Kindern eine Störung hervorrufen können. Neben den üblichen stressbedingten kindlichen Entwicklungen belegen Studien zusätzliche Anforderungen und Probleme von Kindern in der Schule, wenn sie versuchen „Schritt halten zu können“ oder „Beschwerden auftreten“. Die Medikation und Behandlung verursacht „Verantwortung für die eigene Behandlung“ genauso wie die Beziehung zu Eltern Kinder durch „Elterliche Erwartungen“ und „Verantwortungsübertragung“ plagen können (DiGirolamo et al., 1997, zit. nach Warschburger, 2000, S. 25).

Ein wichtiges Merkmal von chronischen Krankheiten ist der meist langsame Ausbruch der Erkrankung, welcher von Betroffenen oder Ärzten längere Zeit nicht erkannt wird. Oft ist auch der Verlauf nicht exakt bestimmbar, wodurch Unsicherheit entsteht. Richtige Behandlungsmaßnahmen sind oft problematisch zu bestimmen, da chronische Krankheiten von einem komplexen Zusammenspiel körperlicher und psychischer Einflussfaktoren abhängen. Erschwerend kommt hinzu, dass eine Heilung meist nicht möglich ist, weswegen die Aufgabe der behandelnden Professionen in der Hilfe besteht, mit der Krankheit bestmöglich leben zu können. Aus diesen Faktoren sowie diversen Einschränkungen entsteht für Betroffene und Angehörige eine große psychosoziale Belastung.

Die häufigsten Belastungen sind die Symptome der Krankheit, wie Schmerzen oder Behinderungen. Auch eine Veränderung des Körperbildes ist möglich, aber auch eine Einschränkung der sozialen Kontakte aufgrund der Erkrankung kann erfolgen. Die Trennung von Angehörigen durch den Krankenhausaufenthalt ist eine zusätzliche Belastung. Hinzukommt das Abhängig sein von Personen des Personals, Spezialisten und Geräten (Hausmann, 2009, S.110 ff.).

Eine weitere wichtige Anschauung bezüglich chronischen Krankheiten lieferten Corbin & Strauß mit ihrer „Pflege und Krankheitsverlaufskurve“, deren zentrale Erkenntnisse Woog präsentierte (Woog, 1998, S. 11) Das Pflegemodell speist sich aus verschiedenen Bezugsrahmen, wobei grundsätzlich bei chronischen Krankheiten die Ungewissheit des weiteren Verlaufs zentral ist. Dennoch gelang es den beiden Forschenden „einen Überblick

über den Verlauf chronischer Krankheiten“ zu beschreiben. Charakteristisch für jedes dieser Abschnitte ist, dass „jedes einzelne Stadium die Möglichkeit dramatischer Veränderungen in Form von Verschlechterung und/oder Besserung in sich birgt“ (Woog, 1998, S. XIII).

Die Stadien sind geprägt von ständigen Schwankungen und es kann innerhalb dessen zu „wochen- oder monatelangen gegenteiligen Veränderungen, Hochpunkten, Tiefpunkten und Rückschlägen kommen“. Die Gesamtentwicklung kann verschiedene Richtungen einschlagen und der Gesundheitszustand sich in einer „Aufwärts- oder Abwärtsbewegung“ befinden oder aber „stabil“ sein (Woog, 1998, S. 12).

2.10.3 Die kindliche Bewältigung von chronischen Krankheiten

Obwohl Kinder ihre Krankheit auf unterschiedlichste Weise bewältigen, kann man diese acht Phasen der Krankheitsbewältigung zuordnen: Leugnung, Gewissheit, Aggression, Verhandlung, Depression, Annahme, Aktivität, Solidarität. Während Schuchardt (1994, zit. nach Schroeder, 1996, S. 55) diese acht Phasen als spiralförmigen Verlauf beschreibt, geht Schroeder davon aus, dass diese nicht chronologisch verlaufen müssen und nicht jede Phase bei jedem Kind auftreten muss. Wenn ein erkranktes Kind verschiedene dieser Stadien durchmacht, geschieht das in einem Lernprozess, bei dem es die „jeweilige Lebenswelt und die dort vorfindbaren Deutungsmuster mit einbezieht.“. Um die Krankheit als existentielle Krise meistern zu können, ist für Betroffene die Interaktion mit ihrem Umfeld entscheidend. Entscheidend ist, ob die soziale Integration funktioniert und dass das damit allein Sein aufgehoben wird.

Ansonsten kann nämlich besonders die Leugnung der Krankheit, welche eine der „häufigsten Abwehrmechanismen bei chronischen Krankheiten ist, welche verstärkt zu Beginn auftritt“, bei längerem Andauern zu einer schlechten Krankheitsverarbeitung werden. Hausmann rät, dass Pflegendе sehr aufmerksam bezüglich der subjektiven Krankheitstheorie der PatientInnen sein sollen und darauf eingehen sollen. Ansonsten würden problematische Verhaltensweisen bei PatientInnen, wie Passivität, fehlende Motivation zur Veränderung oder sozialer Rückzug, aufrechterhalten und verstärkt werden.

Warschburger äußert, dass bezüglich der Krankheitsverarbeitungsstrategien wenig Evidenz aus Studien vorliegt. Hauptsächlich fanden bei Kindern Studien bei Diabetes Erkrankung abgehalten (Boekaerts & Röder, 1999, zit. nach Warschburger, 2000, S. 25).

Zum Thema Bewältigung chronischer Krankheiten von Kindern bringt die Studie von Fley Erkenntnisse zu Strategien von Kindern mit Asthma Bronchiale. Die am häufigsten angewendeten Bewältigungsstrategien sind „Fernsehen, Musik hören, malen, schreiben, lesen, etwas dagegen tun, ein Spiel spielen und mit jemand anderem sprechen“ (Fley, 2006, S.8).

Diese als von den Kindern am Effektivsten genannten Strategien, halte ich für Bereiche, die auch im Sinne der Anwendung als Humorintervention zu verstehen sind.

2.10.4 Die Erwartungen von Kindern an Pflegepersonen

Eine sehr aufschlussreiche qualitative Studie kommt von Pelander, welche sich der Qualität in Pädiatrischer Pflege aus Kindersicht in Bezug auf ihre Erwartungen gegenüber den betreuenden Pflegenden genauer ansah (Pelander, 2004). Die drei Kern-Kategorien sind „Erwartungen an eine gute Krankenschwester“, „Erwartungen an die Aktivitäten der Krankenschwester“ und die „Umgebungen der Pflege“. Die Bereiche der ersten Kategorie waren, „Menschlichkeit“, was bedeutet, dass sie nett und freundlich sein soll, ruhig hilfsbereit und gut. Sie soll auch zuverlässig und ehrlich sein. Kinder wünschen sich sowohl männliche als weibliche Pflegende, aber ihre Kleidung sollte farbenfroh sein. Von einer guten Krankenschwester erwarten sich Kinder auch, dass sie Sinn für Humor hat, lustige Geschichten erzählt und aufmunternd ist. Die Aktivitäten der Pflegenden sollen Unterhaltung, Erziehung, Sorge und physische Pflege beinhalten. Genauso erwarten die PatientInnen, dass Pflegende Respekt durch Zuhören zeigen und Sicherheit durch Präsenz vermitteln. Was die Umgebung der Pflege betrifft haben Kinder soziale Erwartungen, dass andere Kinder sowie ihre Eltern da sind zur Unterhaltung und zum Spielen. Außerdem hätten sie gerne nette Räumlichkeiten und Privatsphäre, Spielzeug, Fernsehgeräte sowie Tiere im Krankenhaus. Kinder wünschen Einzelzimmer, wenn sie nicht von Kleineren gestört werden wollen, andere, welche die Gesellschaft anderer wünschen möchten geteilte Zimmer.

In der abschließenden Diskussion fordert Pelander auf, „die Rolle, welche die Krankenschwester Humor als Teil der Pflegequalität zuschreibt“, durch weitere Forschung zu klären (Pelander, 2004, S 148). Weil die Kinder in ihrer Untersuchung so vergessen darauf waren, von Pflegenden auch Unterhaltung und Spielen zu bekommen, rät Pelander Pflegenden sich deren Bedeutung für den Umgang mit Kindern mehr bewusst zu werden und bei der Anleitung und Informationsgabe verstärkt in die Pflege einzubeziehen.

2.10.5 Die Situation der KinderkrankenpflegerInnen

Wie bereits erwähnt, treffen KinderkrankenpflegerInnen ihre PatientInnen in einer außergewöhnlichen Lebenssituation an. Weil manche der Krankheiten nach längerer Zeit trotz großem Engagement des Betreuungsteams keine Heilerfolge einstellen, kann das nach Ansicht von Hausmann (2009, S. 112) für Pflegende demotivierend sein. Weil chronische Krankheiten teils weniger „spektakulär“ als akute Erkrankungen oder Unfälle sind, kann es vorkommen, dass solche PatientInnen weniger Aufmerksamkeit auf sich ziehen.

Welche psychosoziale Unterstützungsmöglichkeiten den Pflegepersonen für chronisch kranke Personen zur Verfügung stehen, erläutert Hausmann (2009, S. 114). Sie können helfen durch eine entsprechende Informationsvermittlung über die Krankheit und deren Folgen, aber auch den PatientInnen die verbliebenen Ressourcen zu verdeutlichen. Des Weiteren sollen die professionell Helfenden dabei unterstützen das Vertrauen in eigene Kompetenzen wieder zu gewinnen und die Schmerzen zu kontrollieren lernen. Schon- und Vermeidungshaltungen sollen weit möglichst abgebaut werden sowie geholfen werden, dass mit den aufkommenden Gefühlen angemessen umgegangen wird.

Für den Umgang mit Kindern im Krankenhaus widmete sich Hausmann den verschiedenen Vorstellungen in der Entwicklung von Kindern über Gesundheit und Krankheit. Außerdem spricht er davon, dass nach Untersuchungen, Operationen oder einem Krankenhausaufenthalt für ein Kind die Möglichkeit das Erlebte etwa durch Spielen oder Sprechen zu verarbeiten wichtig ist (Hausmann, 2009, S. 79). Ob zudem ein heiterer, fröhlicher humorvoller Umgang der Pflegenden eine Rolle spielt, wird nicht erwähnt.

Was das Berufsbild und die damit verbundenen Aufgaben betrifft, arbeiten KinderkrankenpflegerInnen heutzutage in einem interdisziplinären Team aus ErzieherInnen, LehrerInnen, SozialarbeiterInnen, PhysiotherapeutInnen und ÄrztInnen (Holoch, 1999, S.9). Bestimmte Auswirkungen werden in Zukunft die berufliche Situation der KinderkrankenpflegerInnen beeinflussen, wie etwa die „verkürzte Verweildauer von Kindern, die Zunahme der Anzahl chronischer Erkrankungen oder die Erweiterung der Kinderheilkunde zur Kinder- und Jugendmedizin“. Holoch erwähnt ebenso die verstärkte Konfrontation mit „umwelt- und sozialbedingten Erkrankungen und die Überforderung der Eltern Kinder gesundheitsfördernd zu versorgen“. Aber auch die Technisierung des Berufes in Feldern der Kommunikation und Medizin verändert das Berufsbild ebenso wie neue gesellschaftliche Anforderungen an die Pflege.

3 Relevanz des Forschungsvorhabens

3.1 Problemstellung

Aufgrund der oberhalb ersichtlich werdenden Wichtigkeit von *Humor und Lachen* für die Gesundheit und das subjektive Wohlbefinden von PatientInnen und insbesondere für Kinder möchte ich überprüfen, *ob* Humor im Gesundheitsbereich, insbesondere in der Beziehung zwischen Pflegepersonen und Kindern im Kinderspital im Pflegealltag vorkommt. Und in einem weiteren Schritt soll festgestellt werden, *wie* Humor zum Einsatz kommt: Mit welcher Begründung sowie ob es eher spontan, oder doch auch geplant, etwa bereits in der Pflegeanamnese, zur Erleichterung gewisser Pflegehandlungen oder zum Nehmen der kindlichen Angst eingesetzt wird.

Der Forschungsansatz der vorliegenden Untersuchung wurde aus verschiedene Gründen qualitativ gewählt. Es wurde zwar auf viele wissenschaftliche Erkenntnisse zu Humor in der Literaturstudie gestoßen, jedoch kaum tatsächlich auf die ausgewählten Charakteristika.

Denn die bereits bekannten Erkenntnisse stammen zumeist aus Studien aus der Erwachsenenpflege (McCreddie, 2009, Astedt-Kurki, 2001, Dean & Major, 2008), während solche aus der von chronisch kranken Kindern weitgehend fehlen. Aufgrund der unterschiedlichen Humorstile über die Entwicklung und verschiedene Bedürfnisse von Kindern und Erwachsenen, sind Verallgemeinerungen nicht empfehlenswert.

Durch die Zusammenführung der Bereiche „*Humor und Lachen*“, „chronische Krankheiten bei Kindern“ und „Kinderkrankenpflege“ wurde deutlich: es ist kaum Forschung vorhanden, die alle drei Bereiche gleichzeitig abdeckt. Deswegen lässt sich zu den gewählten Themen ein quantitativer Forschungsansatz ausschließen. Stattdessen konnten durch verschiedene offene Methoden dieser qualitativen Forschung individuelle Antworten für die Bedeutung des Phänomene *Humor und Lachen* in der Kinderkrankenpflege für alle Beteiligten herausgearbeitet werden.

3.2 Forschungsfragen

Die folgenden Forschungsfragen dienen dazu, Bereiche abdecken zu können, über welche die dargestellten theoretischen- und Forschungserkenntnisse unzureichend Antworten geben. Die Forschungsfrage, welche im Mittelpunkt der qualitativen Untersuchung steht, ist folgendermaßen formuliert:

Welche Bedeutung spielt Humor und Lachen (als nicht bewusste/gezielt eingesetzte Intervention) in der professionellen stationären Pflege und Betreuung chronisch kranker Kinder?

Um das Phänomen „Humor in der Kinderkrankenpflege“ umfassend beschreiben zu können, werden sowohl das Pflegepersonal, als auch die stationär betreuten Kinder zur Untersuchung herangezogen. Deswegen wird die Forschungsfrage gemäß der beiden Anteil habenden BeziehungspartnerInnen der Pflege aus zwei Perspektiven betrachtet. Im Detail werden folgende Aspekte näher betrachtet:

- 1. Welche Bedürfnisse, insbesondere Humor und Lachen betreffend, haben stationär zu pflegende chronisch kranke Kinder?*
- 2. Wie nehmen chronisch kranke Kinder Pflegende in Bezug auf Humor, Lachen und Heiterkeit wahr?*
- 3. Welche Ansichten haben KinderkrankenpflegerInnen über die Anwendung von Humor in der Pflege und Betreuung chronisch kranker Kinder hinsichtlich der darauf Einfluss nehmenden Faktoren?*
- 4. Welche Humorinterventionen beziehen KinderkrankenpflegerInnen in die Pflege und Betreuung von chronisch kranken Kindern mit ein und werden diese bewusst gesetzt?*
- 5. Wie reagieren die Kinder darauf, bzw. welche Interventionen führen zu positiven Reaktionen bei den Kindern, welche sind kontraproduktiv?*
- 6. Gibt es Situationen, in denen Humor nicht angebracht ist oder als unpassend angesehen wird?*

4. Methodisches Vorgehen zur empirischen Untersuchung

4.1 Qualitativer Forschungsansatz und Ethnografie

Aufgrund der übergeordneten Forschungsfrage ergab sich ein qualitativer Forschungsansatz. Qualitative Forschung dient dem Generieren von neuen Hypothesen über Bereiche der Praxis, über welche noch relativ wenig bekannt ist und es zunächst um die „Felderkundung“ geht (Flick et al., 2003, S. 25).

Auch ermöglicht die durch qualitative Methoden erreichte Offenheit, dass ein „wesentlich konkreteres und plastischeres Bild davon deutlich wird, was aus der Perspektive der Kinder mit einer chronischen Krankheit und der Pflegenden Humor bedeutet als dies mit einer standardisierten Befragung erreicht werden kann“ (Flick et al., 2003, S. 17). Eine weitere Rechtfertigung für den Qualitativen Ansatz ist, dass hier einzelne Fälle stärker interessieren, als eine breite Verallgemeinerung vom Thema „*Humor und Lachen*“ für den Bereich der Kinderkrankenpflege.

Der Ansatz der Untersuchung war eine qualitative an die Ethnografie angelehnte Methoden-Triangulation (Spradley, 1979, 1980; Roper, 2004), weil in ähnlichen Studien in Zusammenhang mit Humor in der Palliativ Pflege Erwachsener ebenfalls dieser Zugang gewählt wurde. Dean & Major argumentierten, dass „durch lange Beobachtungsphasen am besten gewährleistet werden kann, dass der individualistische, veränderliche und schwer fassbare Charakter von Humor am ehesten erkannt werden kann“ (Dean & Major, 2008, S. 1089).

Die Ethnografische Methode bietet sich dann an, wenn es für die empirische Arbeit notwendig ist, dass die Forschende Verhaltensmustern „fremder“ Gruppen und deren Bedeutungen durch das Kennenlernen der Akteure und Aktivitäten des Feldes verstehen lernen kann. Für mich als forschende Person waren sowohl KinderkrankenpflegerInnen als auch chronisch kranke Kinder eine solche Gruppe, mit denen ich bis zur Datenerhebung noch nichts zu tun hatte. So konnte ich deren soziale Welt durch das Verbringen einiger Zeit im Feld als „Insider“ kennenlernen, um es daraufhin als „Außenseiter“ zu analysieren (Roper, 2004, S.15).

Bei der Ethnografie wird durch die Triangulation von formellen sowie informellen Interviews, der (teilnehmenden) Beobachtung, und der Integration von verfügbaren Daten und Materialien versucht, die Forschungsfrage(n) zu beantworten. Aufgrund der eingeschränkten Zeit konnte

eine umfangreiche Untersuchung im Sinne der ethnografischen Forschung im Feld nicht gänzlich durchgeführt werden, was später noch näher erläutert wird.

4.2 Setting, Zugang und Vorgehensweise

Das Setting der Untersuchung waren pädiatrischen Allgemeinstationen, wovon zwei Interne sowie eine Chirurgische Stationen beteiligt waren. Die Auswahl dieser Stationen begründet sich durch die Zusage zur freiwilligen Teilnahme der kontaktierten Stationen nach persönlicher Anfrage in Begleitung meiner Zweitbetreuerin.

Zur Charakteristik der Stationen ist zu sagen, dass die Zahl der belegten Betten meistens um die zwölf betrug. Pro Schicht waren zwei Diplomierte Kinderkrankenpflegerinnen tätig. Dazu waren im beobachteten Zeitraum auch eine Auszubildende und meistens auch eine PraktikantIn jemandem zugeteilt. Der Tag der Pflegepersonen war in drei Schichten gegliedert, welche jeweils um 6 Uhr 30, 14 Uhr 30 und um 21 Uhr 30 wechselten.

Der Zugang zum Forschungsfeld, dem Dr. von Haunerschen Kinderspital, am Klinikum der Universität München, wurde von meiner Zweitbetreuerin Inge Eberl bereits im Vorfeld der Untersuchung erfragt und zugesichert.

Der Zeitraum der Datenerhebung umfasste acht Wochen von Anfang Juli bis Ende August 2010. Im Durchschnitt verweilte ich zwei bis drei Tage pro Woche jeweils zwischen vier bis acht Stunden auf den Stationen, um Beobachtungen oder formelle sowie informelle Interviews zu machen. Insgesamt machte die Beobachtungszeit in etwa einhundert Stunden aus. Das genaue Vorgehen wird im Kapitel der Datenerhebungsmethoden beschrieben. Ungefähr 30 % der Zeit begleitete ich eine oder mehrere Pflegenden bei ihrer Arbeit. 30% der Zeit verbrachte ich dort, wo Kinder sich alleine, mit PraktikantInnen, Eltern und Geschwistern, ÄrztInnen, ErgotherapeutInnen, PhysiotherapeutInnen, einem Künstler oder einem ehrenamtlichen Besucher befanden. Die restliche Zeit widmete ich meinen Notizen, Überlegungen und Analysen auf den Stationen und schließlich dem Abhalten der Interviews.

Mögliche InterviewpartnerInnen wurden von mir in einer passenden Situation darauf angesprochen, ob sie ein Interview abhalten wollten. Bei den Kindern fand dies in der Regel nach einem bis mehreren Tagen statt. Ein Kind wurde erst dann zu einem Gespräch eingeladen, als bereits ein gewisses Vertrauensverhältnis bestand. Am Beginn des Ergebnisteils ist eine Übersicht zu allen InterviewteilnehmerInnen zu finden mit Angaben zu den Eigenschaften der PatientInnen und den Interviews.

Was die Orte für die Interviews betrifft, wurde ein Interview bei einem Kind zu Hause geführt, weil dieser Junge kurz nach der Zusage zu einem Interview früher entlassen wurde. Ansonsten wurden die Interviews an ruhigen Plätzen im Krankenhaus, am Balkon oder am Spielplatz geführt.

Über den gesamten Zeitraum der Datenerhebung hatte ich außerdem die Möglichkeit, meine eben getätigten und für die nächsten Einsätze geplanten Schritte mit meiner Zweitbetreuerin Frau Eberl zu besprechen und ihre Tipps und Vorschläge einfließen zu lassen.

4.3 TeilnehmerInnen der Untersuchung

Für die UntersuchungsteilnehmerInnen gab es in der Planungsphase folgende Einschlusskriterien: Was die PatientInnen betrifft, wurden vor der empirischen Phase für die Informanten der Interviews keine besondere Einschränkung auf gewisse chronische Krankheiten vorgenommen. Alle, welche unter Definition zu „chronisch krank“ ein zu ordnen sind (Kapitel 3.1.1), können TeilnehmerInnen der Studie sein. Das Alter der an der Untersuchung teilnehmenden Kindern sollten zwischen vier bis zwölf Jahren liegen. Sie mussten außerdem dazu fähig sein, über ihre Erlebnisse zu sprechen und sich daran zu erinnern. Die Kinder sollten gerade stationär zur Behandlung und auch bereit sein, bei der Untersuchung mitzumachen.

Es konnten schließlich von der Zielgruppe der chronisch kranken Kinder 6 Kinder interviewt werden, wobei die Dauer der Gespräche zwischen 23 bis 65 Minuten lag, im Mittel bei 47 Minuten. Das Alter der an den Interviews teilnehmenden Kinder bewegte sich zwischen sechs und dreizehn Jahren.

Eltern wurden bei Interesse eingeladen, während des Interviews anwesend zu sein. Weil ebenso nicht ausgeschlossen wurde, dass Eltern (-teile) auch am Rande einen UntersuchungspartnerInnen darstellen konnten, deren Aussagen mit in die Analyse einfließen, waren manche Mütter beim Gespräch anwesend. Bei einem sechsjährigen Mädchen aufgrund des Alters und sprachlicher Schwierigkeiten war die Mutter während des gesamten Interviews voll involviert. Hier konnte die Mutter ihre Erfahrungen sowie die ihrer Tochter nach ihrem Einschätzen zum Ausdruck bringen, während das Kind nur vereinzelt auf die Fragen klare Antworten gab.

Weil auch eher kleinere Kinder sich an Ereignisse erinnern können und ihre Aussagen nicht unterschätzt werden sollen (Solberg, 1996), wurde auch die jüngste Teilnehmerin hin zugezogen. Auch wenn sie nicht immer für sich selbst, sondern teilweise ihre Mutter für sie

gesprächen hat, konnten auch durch dieses Interview relevante Erkenntnisse dadurch gewonnen werden.

Zur Zielgruppe der Pflegepersonen gab es nur die Bedingung, dass sie zumindest seit zwei Jahren als Kinderkrankenpflegeperson arbeiteten, aktuell tätig waren und sich zum Interview bereit erklären. Die Begründung für die Berufserfahrung liegt in der Annahme, dass erfahrenere Pflegepersonen eher bewusst zum Einsatz von Humor tendieren, als solche, die gerade ihre Ausbildung absolviert haben. Bischofberger zitiert dazu eine erfahrene Pflegefachperson: „Du scheinst einfach zu wissen, wann es richtig ist, Humor zu gebrauchen und wann nicht. Es ist intuitiv – ein Gefühl. Mit zunehmender Berufserfahrung habe ich immer mehr Vertrauen in meine Intuition gewonnen – dieses Vertrauen hat sich im Laufe der Jahre aufgebaut.“ (Dunn, 1993, S.471, zit. nach Bischofberger, 2008, S.65). Um die These der Berufserfahrung in Zusammenhang mit einer humorvollen Pflege zu überprüfen, wurde versucht eine im Vergleich zu ihren Kolleginnen noch eher unerfahrenere Schülerin mit zwei Jahren Erfahrung durch mehrwöchige Berufspraktika zu befragen und zu beobachten. Dazu wurden vier Pflegepersonen mit langjähriger Berufserfahrung befragt sowie eine Ergotherapeutin und ein Bildhauer, welcher ein kreatives Angebot für PatientInnen anbot.

4.4 Methoden der Datenerhebung

Die Datenerhebung geschieht durch die Triangulation verschiedener Erhebungsmethoden, wobei mit ethnografischer Forschung, angelehnt an Spradley (1979; 1980), gearbeitet wurde. Das heißt, dass die Erhebung der Daten durch Beobachtungen des Forschungsfeldes sowie darin agierenden Personen in Interviews stattfindet. Zusätzlich wurde verschiedenes forschungsrelevantes Datenmaterial gesammelt, wie etwa Fotos oder Flyer.

4.4.1 Interviews

Die Datenerhebung durch die Interviews folgte den Etappen 1 bis 4 der „Developmental Research Sequence“ nach Spradley (1979). Die ersten beiden davon handeln vom Lokalisieren und Interviewen eines Informanten, wobei in den Etappen zwei und drei ethnografische Aufnahmen von deskriptiven Fragen gemacht werden.

Informelle Interviews oder Gespräche wurden vor oder nach den Beobachtungssequenzen ohne Vorbereitung gemacht, um die Wahrnehmungen der Teilnehmer mit den eigenen abzugleichen (Roper, 2004, S.35). Diese sind nach Ansicht Spradley (1979, S. 58) ein äußerst wichtiges Event der Unterhaltung in der ethnografischen Forschung. Dadurch können in freundlichen Konversationen beiläufig viele relevante Informationen gesammelt werden.

Für die formellen Interviews wurden mehrere Leitfäden mit offenen Fragen erstellt, um die Forschungsfragen abzudecken. Der Leitfaden für die Pflegenden bestand aus fünf übergeordneten Kategorien, wobei es anfangs um die Bedeutung von Humor in der Kinderkrankenpflege ging. Dann folgten Fragen zur Rolle der Pflegenden und Beziehungsgestaltung mit den Kindern. Im dritten Bereich widmete sich der Leitfaden den Kindern und ihren Bedürfnissen. Während der letzte Bereich, in dem nach ungeeigneten Situationen für Humor abgefragt wurden, keinerlei Probleme aufwarf, ergaben sich aus dem vierten Themenkomplex Komplikationen. Die Leitfadenfragen zum Pflegekonzept Humor und zum Platz von Humor in der Ausbildung brachten die erste Interviewpartnerin aufgrund der Kompliziertheit der Fragestellung vom Thema ab. Deswegen wurden Fragen abgeändert, beziehungsweise in den folgenden Interviews umformuliert.

Der Leitfaden für die Interviews der Kinder wurde unter besonderer Berücksichtigung pädiatrischer Forschungsmethoden erstellt (vgl. Docherty, 1999; Pelander, 2004). So wurde zum Beispiel auf Anraten der Autoren eine Frage nach einer guten Fee gestellt. Dabei würden den Kindern immer Wünsche einfallen, die sie solch einer Person gegenüber äußern würden. Oder auch, dass es für eine freie Erinnerung förderlich sein kann, die Fragen eher offen zu halten (vgl. Docherty, 1999, S. 181). Im Interviewleitfaden für die Kinder habe ich versucht noch viel mehr offen zu halten, als in jenem für die Pflegenden. Es gab nur die Unterscheidung in Hintergrundinformationen, welche meistens am Beginn des Gespräches stattfanden, und Leitfragen zum Thema Humor in den verschiedensten Varianten.

Die Leitfragen entstanden aus Lücken in der Literatur und wichtigen Themenbereichen nach persönlicher Einschätzung, sowie aus den bereits beobachteten Erkenntnissen.

Die Fragen wurden erst dann fertig entwickelt, als bereits etwas Zeit mit Kindern im Feld verbracht worden war. Dadurch entstanden auch gezieltere Fragen mit Verständnis für die Weltsicht und Interaktionsmuster der Teilnehmer (Roper, 2004, S.88 ff.). Dies ist nach Roper ganz entscheidend, denn ansonsten könnte man Gefahr laufen, nur Fragen nach eigener Überzeugung zu stellen. So wurden InterviewpartnerInnen zum Beispiel danach gefragt, was sie von Aktionen einzelner MitarbeiterInnen oder Kindern hielten. Diese Ereignisse hatte ich zuvor beobachtet und nahm darauf Bezug. Erneuerungen des Informationsstandes flossen fortwährend nach Abfassen des Interviewleitfadens bei allen Interviews kontinuierlich immer wieder spontan ins Gespräch mit ein. Für ein Arabisch sprechendes Mädchen wurde der Interviewleitfaden kurz vor dem Gespräch ins Englische übersetzt.

In der Planungsphase ging ich davon aus, dass pro Perspektive vier bis fünf Interviews abgehalten werden. Nachdem sich aber während des Aufenthaltes im Forschungsfeld herausstellte, dass andere Berufsgruppen einen wesentlichen Anteil an der Betreuung der chronisch kranken Kinder haben, wurden zwei weitere Leitfäden erstellt. Einer für einen freischaffenden Künstler, für welchen der Leitfaden der Pflegenden auf seinen Arbeitsbereich „Kunst mit Kindern im Krankenhaus“ adaptiert wurde. Ebenso entstand der Leitfaden für eine Ergotherapeutin. Dieser wurde stark gekürzt, sodass pflegerelevante Fragen wegfielen und stattdessen solche dazu kamen, welche sich auf ihre Arbeit konzentrierten. Somit wurden in der empirischen Phase neue, vorher nicht erwartete Interviews abgehalten. Dadurch zeigt sich ein wichtiges Merkmal der Ethnografie. Man kann die Studie relativ flexibel umgestalten und der Lebenswelt der Individuen im Forschungsfeld anpassen. Dann erhält man zusätzliche Ergebnisse, welche sich automatisch außerhalb des Rahmens der Forschungsfrage bewegen.

4.4.2 (Teilnehmende) Beobachtungen: In Anlehnung an Spradley's Forschungszirkel

Datenerhebung und Auswertung sind annäherungsweise an Spradley's ethnografischen Forschungs-Zirkel (Spradley, 1980, S. 29 ff.) angelehnt, welcher in einem zwölfstufigen Verfahren stattfindet.

Bei der ersten Stufe beginnt das Verfahren damit, dass eine soziale Situation lokalisiert wird. Was so viel bedeutet, als dass dem Leser verständlich gemacht wird, worum es in einer ethnografischen Studie geht und welche Schlüsselpunkte eine Rolle spielen.

Im zweiten Schritt folgen erste teilnehmende Beobachtungen, wobei sehr offen die Bereiche des Feldes kennengelernt wurden. Daraus wurden zentrale Beobachtungsthemen festgestellt: Pflegerische Versorgungen der Kinder durch Pflegende, Beschäftigungen der Kinder durch sich selbst und andere, Pflegeübergabe und Pflege-Arzt-Visiten.

Währenddessen beziehungsweise danach folgten teilnehmende Beobachtungen, welche in Stufe drei in ethnografischen Aufnahmen in handschriftlichen Beobachtungsprotokollen auf einem großen und einem kleinen Notizblock festgehalten wurden.

Stufe vier behandelt deskriptive Beobachtungen, wobei „Grand Tour Observations“ anstatt von „Mini-Tour Observations“ gemacht wurden. Diese geben einen Überblick über all das, was stattfindet. So wurden alle Beobachtungssequenzen bei der deskriptiven Beobachtung je nach Informationsstand nach Ort, Akteur, Aktivität, Objekt, Aktion, Begleitumstände, Zeit, Ziel und Gefühl beschrieben.

Anders als im linearen Forschungsprozess am Ende, findet in diesem Verfahren bereits im fünften Schritt an dieser Stelle eine zwischengeschaltete Analyse während der Erhebungsphase statt. Auf Basis dieser kann die Forscherin nach einer ersten „Domain Analyse“ mit verändertem Fokus ins Feld zurückkehren. In diesem sechsten Schritt werden dann fokussierte Beobachtungen gemacht, welche im siebten Schritt durch eine „Taxonomische Analyse“ aufgearbeitet werden. Auf diesen siebten Schritt wurde im Feld aufgrund Zeitmangels verzichtet. Im achten Schritt werden die Beobachtungen auf „Ausgewählte“ eingeschränkt, wodurch sich auch Interviewsituationen ergeben können. Im letzten Schritt der Analyse wird eine „Komponenten-Analyse“ durchgeführt, sodass im zehnten Schritt Kulturelle Themen entdeckt werden konnten. Schritt elf und zwölf führen schließlich zum Schreiben des Kulturellen Inventars sowie der Ethnografie selbst (Spradley, 1980, S. 29 ff.).

Worauf über den gesamten Beobachtungszeitraum viel Wert gelegt wurde, waren Ausdrucksformen von Kindern allgemein und im speziellen bezüglich *Humor und Lachen* zu erkennen. Denn Kinder kreieren nach Erkenntnis von Popp (1994, S. 85) neben dem Kopieren der Ausdrucksformen Erwachsener und anderer Kinder auch eigene Formen sich verbal und nonverbal auszudrücken.

4.4.3 Zusätzliches Datenmaterial

Zu den Interviews und den Beobachtungen wird in der Ethnografie zusätzliches Material gesammelt, welches zum Forschungsthema passt. So wurden immer wieder auch Situationen beobachtet und in der Analyse erwähnt, welche in die Interventionen der Pflegenden oder Beschäftigungen der Kinder mit einbezogen wurden. Außerdem wurden Informationsmaterialien gesammelt, Informelle Gespräche mit Eltern, Pflegenden, Ergotherapeutinnen oder einer Bibliotheksmitarbeiterin geführt und währenddessen oder danach in Notizen festgehalten. Besondere Einfälle sowie Reflexionen vieler Situationen der Interviews oder Beobachtungen wurden in sogenannten „Memos“ festgehalten. So wurden Gedanken, die während der Interviews auftraten, danach reflektiert sowie Merkmale der Interviewsituation für das kontextuelle Verständnis bei der Auswertung festgehalten. Die Memos halfen zum Anderen dabei, Bereiche herauszufinden, welche noch weiter vertieft werden mussten.

4.4.4 Überlegungen zum Forschen mit Kindern

Im Zentrum dieser Arbeit steht zu einem von zwei Aspekten das Erfassen der kindlichen Perspektive zu *Humor und Lachen* in der Pflegebeziehung. Deswegen stellte sich zu Beginn die

Frage, ob Kindern aufgrund ihres Alters und ihrer Entwicklung im Interview anders als erwachsenen InterviewpartnerInnen begegnet werden muss.

Um das Thema „Kinder in der qualitativen Pflegeforschung“ einzuordnen, ist zu erwähnen, dass bis zum Ende der 1990er Jahre diese größtenteils unterlassen wurde. Kirk (2007) zeigt in ihrem Literatur Review auf, dass lange angenommen wurde, Kinder wären zu vulnerabel und könnten Schaden von der Forschungsteilnahme nehmen. Auch ging man davon aus, dass Kinder noch gar nicht genau wissen, was sie sagen und ob man das, was sie sagen, ernst nehmen kann.

Weil man mittlerweile aber davon ausgeht, dass Kinder sehr wohl Teil des Forschungsprozesses sein können, beziehen neuere Forschungen Kinder mit ein. Dies ist dann möglich, wenn die Forscher wissen, wie sie mit Kindern um zu gehen haben. Folgende Kriterien sind zu bedenken: Vor den Gesprächen Vertrauen herzustellen, eine kindgerechte Sprache zu verwenden und Mittel wie Bilder oder Spielsachen mit einzubeziehen.

Für Forschende ist allerdings weniger die Kinder zum Sprechen zu bewegen ein Problem, als tatsächlich gänzlich ihre Welt so zu verstehen, wie sie diese sehen (Punch, 2002, S. 325).

Was die Frage betrifft, wie alt teilnehmende Kinder sein sollten, wurde aufgrund der nachfolgenden Argumentation auch das Einbeziehen jüngerer Kinder in Betracht gezogen. Mehrere Untersuchungen zeigten, dass sich Kinder bereits früh zwischen drei und vier Jahren an Geschehnisse erinnern können und diese auch wiedergeben können (Docherty & Sandelowski, 1999). Zur Altersfrage ist noch hinzuzufügen, dass obwohl es jüngeren zweifelsohne manchmal noch an sprachlichen Fähigkeiten mangelt, um sich adäquat auszudrücken, auch feststeht, dass Kinder in ihrer Entwicklung unterschätzt werden. Solberg (1996) empfiehlt daher, dass ForscherInnen das Alter von Kindern in der Analyse eher ignorieren und stattdessen den Fokus auf den „situationalen Kontext legen, indem ein Kind handelt“ (Solberg, 1996, zit. nach Kirk, 2007, S. 1256). Aber Kinder unterscheiden sich nicht nur aufgrund des Alters, wesentliche Unterscheidungsmerkmale können soziale Klasse, Geschlecht, Beeinträchtigungen, Ethnizität, oder Kultur sein.

Studien haben gezeigt, dass beim Forschen mit Kindern „Rapport herzustellen“ ein wesentliches Erfolgskriterium dafür ist, wie viel Informationen die Kinder von sich hergeben (Kirk, 2007). Dazu ist es nötig, am Anfang der Begegnung mit Kindern auf verschiedenen Wegen Vertrauen herzustellen. Wege um dorthin zu gelangen, waren Fragen nach der Befindlichkeit und dabei verstärkt zu zeigen, dass man zuhören kann – sowohl Kindern, als auch Eltern. Aber auch das Spielen mit den Kindern, wobei auch die eine oder andere

„Humorintervention“ angewendet wurde, war Teil des Vorgehens. Eine Beziehung herzustellen ist eine Möglichkeit, um sich der kindlichen Welt zu nähern. Und zwar indem Wärme und Interesse gezeigt wird, etwa indem man einfache Fragen zum Kennenlernen stellt. Ein anderes notwendiges Kriterium war im Kontakt mit den Kindern eine an das Entwicklungsniveau angepasste und dementsprechend einfache Sprache zu verwenden. Das eher abstrakte Wort „Humor“ hätte möglicherweise bei den Kindern auf eher weniger Assoziationen treffen können. Deswegen habe ich in den Fragen eher Begriffe verwendet, welche den Kindern geläufiger sind: Lachen, fröhlich sein, scherzen, Witze erzählen oder spielen.

Davis (1998) und Mauthner (1997) konnten nachweisen, dass Kinder im Forschungsprozess stärker zum Kommunizieren angeregt werden können, wenn Bilder, Zeichnungen und Geschichten verwendet werden. Diese Methoden sind als Eisbrecher und Erzählstimulus zu verstehen, weil dadurch auch Erinnerungen hervorgerufen werden können (Davis, 1998; Mauthner, 1997, zit. nach Kirk, 2007, S. 1256).

Wegen dieser Argumente wurde erst nach Aufbauen einer Vertrauensbasis ein Kind zum Interview eingeladen und darin angeregt darüber zu erzählen, was für ihn oder sie *Humor und Lachen*, insbesondere im Krankenhaus, ausmacht. Wenn Kinder nach den Interviews noch im Krankenhaus bleiben mussten, wurden die zuvor aufgebauten Beziehungen weitergeführt. Aus persönlicher Motivation sowie aufgrund von Respekt zu den UntersuchungsteilnehmerInnen.

4.5 Methoden der Datenanalyse

Die abschließende Datenanalyse geschah am Ende durch Abgleich aller gewonnenen Daten, welche sich aus Transkripten der Interviews, Beobachtungsprotokollen der Beobachtungen, und der Beschreibungen relevanter Dokumente und „Materialien“ zusammensetzen (Roper, 2004, S.105). Zur Verbesserung der Nachvollziehbarkeit wurden die Aussagen und Erklärungen für die jeweilige Kategorie durch prägnante Zitate untermauert. Wenn eine passende beobachtete Situationen vorhanden war, wurde auch auf diese mit einem nachvollziehbarem Code zum Finden verwiesen und das Behauptete entweder untermauert oder eine Gegenthese aufgestellt.

4.5.1 Interviewanalyse

Jedes Interview wurde nach Zustimmung des/ der Interviewpartners/In oder deren/dessen Erziehungsberechtigte/n auf einen MP3-Player aufgenommen und anschließend transkribiert. Zum Transkribieren wurden die Richtlinien nach Kallmeyer & Schütze (1976, zit. nach Mayring,

2002, S.93) angewendet. Die Technik nennt sich „Kommentierte Transkription“ und sieht vor, dass zusätzlich zum wörtlichen Protokoll Pausen, Betonungen, Sprachbesonderheiten oder Laute festgehalten werden können. Weitestgehend wurde außerdem relativ nahe am gesprochenen Wort transkribiert, obwohl teilweise notwendige Wortglättungen stattgefunden haben, um eine bessere Lesbarkeit zu erzielen.

Die Interviewtranskripte wurden daraufhin in einer ersten explorativen Phase gelesen und inhaltstragende Bereiche gekennzeichnet.

Analysiert wurde in Anknüpfung an die „Developmental Reserach Sequence“ nach Spradley (1979) mit den Etappen 5 und 6. Eine effektive Variante, um wichtige kulturelle Bereiche herauszufinden ist das Benennen von Domänen der jeweiligen Kultur durch „Semantic Relationships“. In Stufe 1 der „Domain Analysis“ (Etappe 6, S. 112) wird eine semantische Beziehungen gewählt, wie „X is a kind of/ is a way to Y“. Stufe 2 sieht das Vorbereiten eines Arbeitsblattes zum Eintragen von Beziehungen vor, was anfangs auch als Hilfe zur systematischen Entdeckung von Domänen einbezogen wurde (siehe Anhang). In Stufe 3 wird eine Auswahl an Informanten Statements vollzogen, was alle inhaltstragenden Elemente betraf. Stufe 4 galt schließlich der Suche von Über- und Unterbegriffen, welche durch semantische Beziehungen zusammen passten. Ein Beispiel hierfür ist: Pflaster anzumalen - „is a way to“ - *Dinge oder Personen zu verschönern*.

Um zu den zentralen Themen oder Domänen zu gelangen, wurden die ersten beiden Interviews in „Mindmaps“ zur Veranschaulichung der Zusammenhänge aufgezeichnet. Aus diesen „Domänen“ wurde ein System von Kategorien festgelegt, das als Ausgangspunkt für die weiteren Analyse diente.

Am Beispiel des Kapitel 5.6 *Humorinterventionen* zeigt sich, wie einzelne Domänen entstanden sind. Anfangs wurde eine Tabelle angefertigt, in welcher alle von InterviewPartnerInnenInnen berichteten Interventionen aufgelistet wurden. In einem weiteren Schritt wurden die Aussagen der Pflegenden in dieser zweiten Tabelle in übergeordnete Domäne verdichtet und in ein System gefügt. Unten wird gezeigt, wie aus einzelnen Aussagen die Unterkategorien der Hauptkategorie *Humorinterventionen* entstanden sind. Zur Veranschaulichung der Kategorien wurden diese in den Ergebnissen mit Beispielen versehen.

Tabelle 1: Auswertungsschema der Humorinterventionen aus Interviews

Intervention / Strategie	Nennung (max. 5)	Zitat	Kategorie
<ul style="list-style-type: none"> Mit Kindern „Schmarrn“ machen: z.B. sich gegenseitig auf den Arm nehmen, sich gegenseitig nicht ganz ernst nehmen. 	1	P5/Zeile 391	1. <u>Humor fördern:</u> a) <u>Verhalten Kindern anpassen</u>

<ul style="list-style-type: none"> • Kind und oder Pflegende machen dem Stofftier einen Verband. 	1	P3/Zeile 84	2. <u>Zusammen etwas</u> (Spielerisches/ nicht Pflegerisches) <u>machen</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Pflaster mit „Zauberspray“ (Desinfektionsspray) besprühen, erleichtert Abreißen. 	2	P3/Zeile 101	3. (Unangenehme Pflege-) <u>Handlungen mit Phantasie, Magie und positiven Assoziationen verknüpfen</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Pflaster, Gips, Verbände oder Infusionen mit bunten Stiften bemalen; Z.B. anstatt von vorgefertigten Kinderpflastern ein „Sonnenpflaster“ malen. 	4	P2/Zeile 657	4. <u>Dinge oder Personen verschönern</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Kinder (ungefähr) gleichen Alters und Geschlechts in ein Zimmer legen und oder in Kontakt bringen. 	3	P5/Zeile 241	5. <u>Vorschläge für den Zeitvertreib anbieten</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Wenn ein Kind überaus schlecht gelaunt ist, es ihm schlecht geht und längere Zeit traurig ist, wird die Ergotherapeutin einbezogen. Sie soll sich das Kind genauer ansehen und etwas überlegen. 	2	P2/Zeile 298	6. <u>MitarbeiterInnen einbeziehen und mit Informationen versorgen</u>

Auf die gleiche Art wurden dieselben Kategorien auf die Interventionen aus der kindlichen Perspektive verteilt. Wenn eine Intervention den entstandenen Kategorien nicht entsprach, wurde, wie auch bei den Hauptkategorien, eine neue Kategorie erzeugt.

Nach dem Feststellen der Domänen oder Kategorien wurden die Aussagen der befragten Personen auf diese Kategorien überprüft. Wenn zu den Kategorien Aussagen gefunden wurden, wurden die Textstelle zur entsprechenden Kategorie zugeordnet (Subsumption) und diese in verschiedenen Unterpunkten weiter differenziert. Im Laufe der Analyse wurden die Kategorienbezeichnungen etwas verändert und neue Kategorien formuliert. Weil gewisse Bereiche für die Lebenswelt der Betroffenen wichtig erschienen, wurden später auch weniger inhaltstragende Bereiche hinzu genommen, welche zu Randthemen in den Ergebnissen führten. Während des Entstehens dieser einzelnen Kategorien wurden über diesen Prozess hinweg mehrere Grafiken zur Darstellung der Zusammenhänge angefertigt, laufend verändert sowie laufend Zitate zur Untermauerung einer Kategorie angegeben.

Die Etappen des ethnografischen Interviews wurden mit Etappe 6 unterbrochen und endeten in der letzten zwölften Etappe, wobei die „Ethnografie“ verfasst wurde. Denn die weiteren Schritte hätten vorgesehen, dass nach einer ersten Analyse mit strukturellen und kontrastierenden Fragen ins Feld zurückgekehrt wird. Aufgrund der Zeitknappheit war die Interviewanalyse und Rückkehr ins Feld nicht mehr möglich. Dennoch wurden in der Analyse

strukturelle und kontrastierende Fragen aufgegriffen, was alleine durch die Heterogenität der Stichprobe möglich war. Durch die unterschiedlichen Perspektiven wurden Kontraste herausgearbeitet und Ansichten gegenseitig geprüft, ohne nach der Analyse zurück ins Feld zu gehen.

4.5.2 Analyse der Beobachtungen

Bereits im Feld habe ich begonnen, die Beobachtungssequenzen der verschiedenen Situationen auf den Projektstationen der Kinderklinik in überschaubare Tabelle einzugeben. Jede Sequenz wurde, soweit dies aus den Aufzeichnungen möglich war, durch folgende Kriterien, welche auch in Spradleys Analyse Schritten zum Tragen kommen, beschrieben.

Tabelle 2: Tabellarische Strukturierung der Beobachtungssequenzen

Nummer der Beobachtung	X.14	
Ort	Station X	Im Behandlungszimmer
Akteure	Pflegende	Kind
Aktivitäten	Verband neu machen und Handwaschen	
Objekte (Dinge Vorort)	Verband	
Einzelne Aktionen (die Menschen machen)	Pflegende sagt zu Kind: „Wenn du dich da nicht wäschst, kommen die Viecher!“	„Haha, das kitzelt, ich hasse es wenn die da an der Nadel und am Schlauch herumtun.“ Danach: „Oh jetzt habe ich wieder das Kotzgefühl, weil die da wieder so lange herumgefummelt haben“ lacht
Event / Begleitumstände	-	-
Zeit	Frühdienst, ca. 11 Uhr	
Ziel		
Gefühl (gefühl und ausgedrückt)	Wirkt aufmerksam und ist recht lustig mit ihm	Sagt zwar dass er es „zum Kotzen findet“, lacht aber trotzdem;

Nach dem ersten Aufenthalt im Feld von ungefähr drei Wochen, erfolgte die erste Phase der Ethnografischen Analyse. Es wurden mit den angefertigten Notizen im fünften Schritt eine Analyse gemacht, welche an die „Domain Analysis“ Spradleys angelehnt wurde. In dieser Analysephase wurden Beobachtungssequenzen gelesen und durch ein Arbeitsblatt (siehe Anhang) versucht, Bereiche zu identifizieren, unter welchen sich gewisse Beobachtungen zusammenfassen lassen. Im Zuge dessen wurde auch versucht, Schwerpunkte und Bereiche zu erkennen, welche für die Forschungsfrage(n) die größte Relevanz für die „Welt Kinderspital“ haben.

Nach dieser ersten zwischengeschalteten Analysephase kehrte ich wieder ins Feld zurück, wobei ich versuchte, folgende Bereiche zu fokussieren: Beschäftigungsformen von Kindern, um sich abzulenken und die Zeit zu vertreiben und in welcher Beziehung *Humor und Lachen*

stehen. Insbesondere konzentrierte ich mich auf chronisch kranke Kinder, welche sich besonders lange im Krankenhaus befanden. Außerdem wurde verstärkt darauf geachtet, Situationen nachzugehen, in welchen Pflegende beim Kind waren. Um Pflegende nicht zu stark bei Ihrer Arbeit zu behindern, verbrachte ich ungefähr ein Drittel der Zeit mit einer oder mehreren Pflegenden, welche gerade mit Kindern tätig war(en). Außerdem wurde das Interesse vom Spielzimmer auf den Gang verlagert. Dort spielten sich oft Szenen ab, wenn Kinder aufgenommen oder entlassen wurden.

Nach Abschluss der zweimonatigen Datenerhebungsphase im Forschungsfeld folgten die Datenanalyse und ihre Strukturierung in tabellarischer Form.

Bei der Auswertung dieser Tabellen wurden „inhaltstragende“ Facetten von *Humor und Lachen* fokussiert, aber dennoch andere nicht gänzlich ausgeschlossen. So flossen in die Ergebnisse die Handlungen anderer, an der Betreuung der Kinder beteiligte Personen ein. Oder auch Situationen, welche zunächst nichts mit Humor zu tun haben, aber vielleicht deswegen besser zur Abgrenzung des Phänomens beitragen können. Manche Beobachtungen wurden angeführt, um die die Aussagen von Interviews zu stützen.

4.5.3 Analyse des zusätzlichen Materials

Wie oben berichtet konnte zu den beiden Datenerhebungsmethoden weiteres Material gesammelt werden, wovon Fotos und Zeichnungen zur unterstützenden Erklärung im Ergebnisteil zu finden sind. Eine Zeichnung zeigt die Vorstellung eines Kindes über Kinderkrankenpflegende (siehe Abbildung 1 und 2). Es wurden Flyer gesammelt, welche in der Klinik für jeden zur freien Entnahme auflagen, wie etwa solche zum Bekanntmachen der Kinderbücherei in der Klinik (siehe Abbildung 3). Außerdem bezog ich mich auf ein Foto zur Darstellung der Ergebnisse des Projekts eines Bildhauers und der mitgestaltenden Kinder oder Erwachsener (siehe Abbildung 4).

Die Informationsbroschüre über das Schmerzmanagements des Spitals, mit dem „Hauerle“ als Maskottchen des Dr. von Haunerschen Kinderspitals findet ebenso Erwähnung (siehe Abbildung 5). Auch Fotos der Stationen zum Beschreiben der Atmosphäre oder der Umsetzung einer Humorintervention „Dem Verschönern von Dingen“ als nett drapiertes Abendessen, sind als unterstützendes Material vorhanden (siehe Abbildung 6, 7 und 8).

Aber auch Memos, welche im Laufe des Forschungsprozesses verfasst wurden, flossen in die Analyse mit ein. So zum Beispiel meine persönlichen Gedanken und Emotionen in den Memos nach Interviews, welche mir halfen den Kontext und die Interviewsituation zu verstehen. Wie

in einem Fall, als ein Mädchen zu weinen begann, unterbrochen und dann doch weiter gemacht wurde. Aus dem Weinen wurde schließlich eine eigene Kategorie gewonnen.

4.6 Gütekriterien

Um beim Anwenden von offeneren und weniger standardisierten Methoden ebenso Verzerrungen durch Forschende oder die Teilnehmende weitest möglich auszuschließen, wurden Überlegungen zu qualitativen Gütekriterien nach Steinke sowie solche für das Forschen mit Kindern berücksichtigt.

Steinke (2003) stellte aufgrund von drei Ausgangspunkten Überlegungen zu Gütekriterien qualitativer Forschung an, um von quantitativen Kriterien Abstand zu nehmen. Ihre Grundannahmen waren, dass qualitative Forschung „ohne Bewertungskriterien nicht bestehen kann, weil sie sonst Gefahr lief, Beliebigkeit und Willkürlichkeit in der Forschung zu verfallen“ (Steinke, 2003, S. 321). Sich Gütekriterien aus dem quantitativen Bereich auszuleihen kam nicht in Frage, da bei „anderen Methoden quantitative Kriterien für Bewertung qualitativer Verfahren nicht geeignet sind“ Deswegen forderte Steinke ein, dass „qualitative Kriterien ihrem Profil Rechnung tragen müssen“. Damit meinte sie, dass ein Grundgerüst an Kriterien formuliert werden muss, welches auf die jeweilige Forschungssituation „untersuchungsspezifisch“ (Steinke, 2003, S. 324) angepasst werden muss.

Das System nach Steinke behandelt folgende Kriterien: Intersubjektive Nachvollziehbarkeit, Indikation des Forschungsprozesses, Empirische Verankerung, Limitation, Kohärenz, Relevanz und Reflektierte Subjektivität. Diese werden nun einzeln besprochen und Wege zur Erreichung der Kriterien aufgezeigt.

Intersubjektive Nachvollziehbarkeit

Hierbei ist zunächst notwendig, den Forschungsprozess zu dokumentieren. Um dem in dieser Arbeit Rechnung zu tragen, wurde die Datenerhebung und Auswertung nachvollziehbar geschildert. Es wurden die Erhebungsmethoden bei den Interviews durch Beschreibung der Leitfadentstehung dargestellt. Die Beobachtungen wurden nach Spradleys Forschungszirkel beschrieben, und Auswertungsmethoden genannt. Ebenso wurde die Vorgehensweise im Feld geschildert und die wichtigsten Kriterien der InterviewPartnerInnen genannt. Zur Auswertung dieser wurden die angewandten Transkriptionsregeln erwähnt und jedes Interview mit Codes und Zeilennummern versehen. Dadurch konnten Aussagen in den wiedergegebenen Zitaten fortlaufend nachvollziehbar dokumentiert werden. Außerdem wurden Entscheidungskriterien für im Sampling nicht vorgesehene InterviewPartnerInnen erklärt.

Indikation des Forschungsprozesses

Hierbei geht es darum die Entscheidung über die richtige „Indikation“ über den gesamten Forschungsprozess zu beurteilen. So wurde beispielsweise die Angemessenheit des qualitativen Vorgehens über die Einleitung geklärt. Aufgrund einer Lücke in der Forschung zum gewählten Themenbereich eröffnete sich eine erste Annäherung durch offene Methoden.

Empirische Verankerung

Wie bereits erwähnt, wurden die Ergebnisse durch Zitate der Informanten sowie Beobachtungsbelege versehen, wodurch Nähe zum Gegenstand erreicht wird. Dabei wurden auch so manch widersprüchliche Aussagen gegenübergestellt. Von anderen Verfahren zur Empirischen Verankerung.

Relevanz

Die Relevanz begründet sich im Aufzeigen der Wichtigkeit eines humorvollen Umgangs der MitarbeiterInnen für chronisch Kranke Kinder und der Handlungsmöglichkeiten der Pflegenden die Fröhlichkeit von Kindern positiv zu beeinflussen. Durch die systematische Aufarbeitung der Interventionsformen kann zu einer Bereicherung des professionellen Handelns der PflegepraktikerInnen führen sowie einen Beitrag zur Forschung mit chronisch kranken Kindern leisten.

Reflektierte Subjektivität.

Schließlich nennt Steinke noch das Kriterium der Reflektierten Subjektivität, wobei die Rolle der Forschenden reflektiert werden soll. Besonders in Ethnografischer Forschung ist diese Person aufgrund unterschiedlicher Partizipationsgrade Teil des Forschungsprozesses. Eine Reflexion fand im Zuge der ethischen Anforderungen (siehe Kapitel 4.7) an die Forscherin statt sowie fortlaufend durch Reflexion zusammen mit den beiden Betreuerinnen, insbesondere durch Frau Eberl während der Datenerhebungsphase.

4.7 Ethische Anforderungen

Nachdem diese Arbeit eine empirische Forschungsarbeit darstellt, bei welcher vulnerable Personen teilnehmen, sind Gedanken über ethische Anforderungen grundlegend.

Ob beim Forschen mit Kindern eigene ethische Richtlinien gelten sollten, lässt sich aus verschiedenen Blickwinkeln beantworten.

Harden (et al., 2000) sprechen von Beweisen der Forschung, dass Piagets Bild des Kindes - als noch nicht kompetentes und voll funktionsfähiges moralisches Wesen - heute nicht mehr zeitgemäß ist. Weil ein Kind nicht als getrennte Spezies zu sehen ist, raten Harden et al. (2000) davon ab, eigene ethische Richtlinien für das Forschen mit Kindern zu entwerfen.

Was aber nach Punch (2002) wichtig ist, ist die ungleiche Machtverteilung in der Gesellschaft von Kindern und Erwachsenen zu betonen. Weil sich diese auch im Forschungsprozess niederschlagen können, bestanden bei verschiedenen Autoren Bedenken, Kinder würden sich manchmal nicht trauen, ihre eigene Meinung zu sagen und ihre Teilnahme zu verweigern oder durchzusetzen.

Auch bestehen ethische Bedenken in der Erhebung hauptsächlich gegenüber den Kindern und ihren Eltern bzw. Familien deswegen, da sie sich ohnehin in einer besonderen Lebenssituation befinden. Aufgrund von Behinderungen, Schmerzen, Nebenwirkungen von Medikamenten, Herausgerissen Sein aus dem „normalen“ Alltag sind diese Personen eine vulnerable Gruppe (Davis, 1998, zit. nach Kirk, 2007, S. 1252).

Nach Mayer ist das oberste ethische Gebot, dass die „Interessen der Forschung nicht höher stehen als die Interessen des Menschen, und unter keinen Umständen darf Pflegeforschung jemandem Leid oder Schmerz zufügen.“ (Mayer, 2002, S.55).

Obwohl es schwierig ist für die unterschiedlichsten sozialen Situationen, in denen geforscht wird, Regeln für ethische Anforderungen aufzustellen, gibt es drei große Eckpunkte, welche eingehalten werden müssen (Mayer, 2002, S.56 ff.). Wie diese in der vorliegenden Arbeit eingehalten wurden, wird nun beschrieben:

Umfassende Information & freiwillige Teilnahme

UntersuchungsteilnehmerInnen für die Interviews wurden vor ihrer Zusage dazu umfassend in einem Informationsschreiben (siehe Anhang 1) über das Projekt informiert. Nachdem versucht wurde, Kinder persönlich anzusprechen und einzuladen, wurde auch versichert, dass die Teilnahme freiwillig ist und mit den Informationen behutsam umgegangen wird. Bei Fixierung des Interviewtermins wurden in Gesprächen mit Eltern und Kindern Informationen ausgetauscht und die schriftliche informierte Zustimmung der Erziehungsberechtigten eingeholt, was die wichtigste Einhaltung rechtlicher Besonderheiten beim Forschen mit Kindern in dieser Arbeit war. Dieses Einverständnis-Schreiben (siehe Anhang) wurde unmittelbar vor dem Interview mit den Kindern und ihren Eltern noch einmal durchgegangen und ihnen erklärt, dass sie das Interview unterbrechen können, wenn es bei ihnen Unbehagen auslöst.

Eine Erklärung über Ziele und Methoden fand auf ähnliche Weise auch für Pflegende InterviewPartnerInnen statt. Hier bestand noch mehr als bei den Kindern das Dilemma, ob Pflegende alle Informationen über die Studie bekommen sollen oder nicht. Es bestand die Befürchtung einer Verfälschung des humorvollen Verhaltens, weil man wusste, dass jemand

diesbezüglich beobachtet (Mayer, 2002, S. 57). Weil aber davon ausgegangen wurde, dass Pflegende während einem Zeitraum von zwei Monaten sich nicht ununterbrochen verstellen könnten, wurden doch genaue Informationen gegeben.

Vor Beginn der empirischen Phase wurden nach den jeweiligen Informationsgesprächen die Zustimmungen zum Projekt bei der Pflegedirektion des Klinikums der Universität München, der zuständigen Pflegebereichsleiterin und den Pflegenden der teilnehmenden Stationen eingeholt.

Informierte Zustimmung

In der informierten Zustimmung wurde die Vertraulichkeit Anonymität der Teilnehmer zugesichert. In der Darstellung der Ergebnisse wurden Namen von Akteuren geändert und für die Aussagen Kürzel verwendet. Für Pflegende wurden P1 bis P5 vergeben, für Kinder und Mütter die Codes K1 oder M1 bis K7. Außerdem wird das Forschungsmaterial außer an die beiden Diplomarbeiten-Betreuerinnen nicht an Dritte weitergegeben. Nachdem keine Pflegesituation beobachtet oder darüber erzählt wurde, wodurch PatientInnen gefährdet wurden, mussten auch nach forschungsethischer Verpflichtung keine Maßnahmen ergriffen werden, wodurch die Anonymität beschnitten wurde.

Schutz des Einzelnen vor Schäden

Was an Forschung teilnehmende Kinder betrifft, gibt es jedoch immer eine gewisse Möglichkeit, dass sie während der Untersuchung einen „Schaden“ erleiden könnten. Aufgrund ihrer hohen Vulnerabilität habe ich aufgrund der ethischen Verantwortung versucht, die Kinder vor negativen Gefühlen zu schützen, was nur teilweise möglich war. Umso mehr muss nach Ansicht von Kirk eine forschende Person auf Emotionsausbrüche von Kindern vorbereitet sein (Kirk, 2007, S. 1254).

In der Forschungsarbeit fand die Vorbereitung zur Vermeidung von Schäden einerseits in der eher positiv besetzten Themenwahl der Interviews statt. Andererseits wurde im Gespräch auf diese Emotionen reagiert und diese abgefangen: In einem Interview kamen bei einem Mädchen sehr viele emotionale Belastungen hoch, ohne dass nach diesen gefragt wurde. Dann wurde vom Interviewleitfaden etwas Abstand genommen, und versucht, diesen Themen Gehör zu verschaffen. Als das Mädchen stark weinte und sich kaum mehr artikulieren konnte, wurde das Interview unterbrochen. Bald konnte das Mädchen aber beruhigt werden und sie beharrte darauf, weiter zu machen und nicht abubrechen.

Eine Interviewsituation kann auch die Angst zu versagen bei einem Kind aufkommen, genauso wie es in Verlegenheit gebracht werden kann (Kirk, 2007, S. 1254). Diese Angst zu versagen

könnte man darin erkennen, dass Kinder nach den Interviews wissen wollten, wie sie im Vergleich zu anderen abgeschnitten haben. Es schien, als würden sie sich dafür eine negative Note befürchten, wie sie es aus der Schule gewöhnt waren. Um ihre Ängste diesbezüglich zu minimieren wurde versichert, dass es bei einem solchen Gespräch keine solche Bewertung gibt. Es wurde erklärt, dass darum ging mehr über ihre Erlebnisse und Ansichten in Erfahrung zu bringen, wobei jede Aussage einen Gewinn darstellt.

Aufgrund verschiedener ethischer Bedenken ist grundsätzlich beim Forschen mit menschlichen Untersuchungsobjekten eine Prüfung durch eine Ethikkommission vorgesehen (Mayer, 2002, S. 60). Nachdem die Lage überprüft wurde, konnte vor der Durchführung der empirischen Phase vom Einholen des Einverständnisses der Universitätsansässigen Ethikkommission abgesehen werden.

Selbstreflexion der Forschenden Person

Als besondere Charakteristik in der Ethnografie gilt nach Roper, dass „der Kultur-Studierende selbst <kultiviert>ist“, was bedeutet dass die Forschende Person bereits ihre eigenen Überzeugungen und Erwartungen hat, welche die Wahrnehmung beeinflussen (Roper, 2004, S. 128). Um Verzerrungen zu identifizieren und entgegenzuwirken, wurde ein Forschungstagebuch geführt, in dem alle auftretenden persönlichen Meinungen und Gefühle notiert wurden. In einem ethnografischen Forschungs-Prozess ist es nicht üblich, dass sowohl starke positive als auch negative Gefühle auftreten. Negative Gefühle, welche die persönliche Betroffenheit aufgrund der Schicksale einzelner Kinder betraf, konnte ich weitgehend kontrollieren.

Nach Roper geht es hauptsächlich darum, sich der „dynamischen Interaktion zwischen untersuchender Person und Forschungsfeld im Sinne von Reflexivität bewusst zu sein“ (S. 130). So wurde zum Beispiel das eigene Interviewverhalten nach jedem Interview bedacht und in den nächsten versucht die aufgetretenen Fehler zu vermeiden. Solche Fehler waren etwa suggestive Fragen, häufiges Unterbrechen der InterviewPartnerInnen, oder das übermäßige Einsteigen auf Randthemen in Interviews.

5 Ergebnisse

5.0 InterviewteilnehmerInnen

Tabelle 3: Übersicht InterviewteilnehmerInnen (PatientInnen und Angehörige)

TeilnehmerIn	Gesprächs-Dauer	Gesprächs-Sprache	Alter	Status	Aufenthalts-dauer	Grund-Erkrankung
Mädchen K1 (& Mutter)	29 Minuten	Österreichisch/ (Kind halb türkisch-sprachig)	6 Jahre	Stationär	2 Tage zur Kontrolle	Tufting Enteropathie, angeboren
Junge K2 (& Mutter)	28 Minuten	Deutsch	13 Jahre	Stationär	14 Tage	Kurzdarmsyndrom, Grund für Aufenthalt eine Kathetersepsis
Junge K3 (& Mutter)	65 Minuten	Deutsch (Kind halb türkisch sprachig)	10 Jahre	Entlassen	2 Monate mit Unterbrechungen	Fehlbildung der unteren linken Extremität, angeboren
Junge K4	23 Minuten	Deutsch	13 Jahre	Stationär	3 Wochen wegen einer jährlich stattfindenden Behandlung zur Symptom-Verbesserung	Mukoviszidose, angeboren
Mädchen K5	58 Minuten	Englisch (Kind arabisch sprachig)	11 Jahre	Stationär & Entlassen	14 Tage Zur Diagnose Findung und Behandlungseinstellung	Diabetes Mellitus juveniler Typ, seit unbekannter Zeit
Mädchen K6	80 Minuten	Deutsch	11 Jahre	Stationär	21 Tage Zur Diagnose Findung und Behandlungseinstellung	Nerven-Erkrankung mit epileptischen Anfällen und Zuckungen der Hand
Mädchen K7	Ungefähr 60 Minuten	Deutsch; ohne Tonband weil informell	11 Jahre	Stationär	3 Tage zur Kontrolle nach einem Sturz	Keine Aber seit Sturz Zuckungen an einem Auge

Tabelle 4: Übersicht InterviewteilnehmerInnen des (Betreuungsteam: Künstler, Ergotherapeutin und Pflegende)

TeilnehmerIn	Gesprächsdauer
Künstler	2 Std. 40 Minuten
Ergotherapeutin	29 Minuten
Pflegende 1 (Schülerin im 2. Ausbildungsjahr)	40 Minuten
Pflegende 2	62 Minuten

Pflegende 3	50 Minuten
Pflegende 4	46 Minuten
Pflegende 5	87 Minuten

5.1 Grundbedürfnisse von Kindern im Krankenhaus

Nach Vergleich der Einschätzungen der Pflegepersonen stellten sich folgende drei elementare *Grundbedürfnisse* von Kindern heraus: Das Grundbedürfnis nach *Ehrlichkeit, Vertrauen* und *Sicherheit*. Pflegende berichten, dass diese Grundbedürfnisse im Kontakt mit den Kindern als Erstes sicher gestellt werden müssen. Erst wenn diese drei Bedarfe erfüllt sind, sind Voraussetzungen dafür geschaffen, dass auch das Grundbedürfnis der Kinder nach einem *humorvollen, lockeren Umgang miteinander durch Lachen und Humor* seitens der Pflegenden gestillt werden kann. Die Beschaffung dieser ersten drei Grundbedürfnisse und wie Pflegepersonen diese zu erfüllen versuchen, wird in Kapitel 5.5.1 gezeigt.

Aus den Interviews und Beobachtungen der Kinder geht hervor, dass drei weitere Grundbedürfnisse im Krankenhaus eine tragende Rolle spielen: Während eines Krankenhausaufenthaltes ist es für Kinder essentiell, eine passende und erfüllende *Beschäftigung* zu haben, genauso wie es ein Grundbedürfnis ist, *AnsprechPartnerInnen* zu haben, mit denen man sich austauschen oder die Zeit verbringen kann. *Beschäftigungen* verschaffen sich die Kinder selbst, wenn sie sich alleine beschäftigen, oder Pflegende sorgen dafür, dass sie selbst oder andere Personen die PatientInnen beschäftigen. *AnsprechPartnerInnen* finden Kinder im familiären Kreis und unter den MitarbeiterInnen. Wenn keine vertrauenswürdige Ansprechperson vorhanden war, war der Wunsch danach sehr groß.

Besonders prägnant wurde das Bedürfnis aller Kinder nach *Genesung* geäußert. Eine Interviewleitfrage lies die Kinder überlegen, welche drei Wünsche sie bei einer guten Fee einlösen würden. Als erstes kam bei fast allen Kindern der Wunsch nach Genesung.

„Ich wünsche mir, dass alles wieder gut wird. und dass ich meine Hand wieder zu allem hernehmen kann. Und dass alles so ist, wie es früher war. (K6/ Zeile 565-568)

Dieser Wunsch nach Besserung zeigt sich auch durch Erzählen der geschmiedeten Pläne für die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt.

„Gesund werden. Muss ich ja noch. Und dann will ich nach Mini-München, da kann man als Kind arbeiten. Als Koch, am Arbeitsamt, Taxi-Fahrer, da gibt es richtige Sachen.“ (K7/ Zeile 75-76)

Das zuletzt aufgelistete Grundbedürfnis der Kinder ist jenes nach einem *humorvollen, lockeren Umgang miteinander durch Lachen und Humor*. Diese Kategorie konnte sowohl aus Aussagen der Pflegenden, als auch aus jenen der Kinder gewonnen werden. Unter diesem Bedürfnis nach einem *humorvollen Umgang* ist zu verstehen, dass Kinder auf den Stationen auch miteinander lachen, scherzen oder spielen können wollen, mit Gleichaltrigen aber auch mit erwachsenen Personen. *Können* deswegen, weil dieses Grundbedürfnis bei jedem Kind unterschiedlich stark ausgeprägt sein kann, sodass es manchmal mehr, manchmal weniger Bedeutung hat. Pflegende ordnen diesen *lockeren Umgang im Sinne von Humor und Lachen* als etwas ein, das wichtig, dennoch aber nicht zentral ist. Sie betonen deutlich, dass die Befriedigung jenes Bedürfnisses weder für das Kind noch für Sie als Pflegende an wichtigster Stelle steht:

„Ich glaube es ist wichtig, aber es ist nicht das Wichtigste!“ (P1/ Zeile 149)

Dennoch ist die Erfüllung dieses Grundbedürfnisses eng mit dem kindlichen Seelenheil verbunden:

„Das ist ja eigentlich a Grundbedürfnis, is eigentlich ganz wichtig, für die Seele! Wenn die Seele gesund ist, dann heilt auch der Körper.“ (P5/ Zeile 650-652)

Wenn Kinder gerne lachen, dann ist es anscheinend etwas, das sie auch tun und befriedigen wenn sie im Krankenhaus sind und die Umstände es zulassen:

*IP: „Ne.. Ich lache eigentlich viel, den ganzen Tag.“
I: „Und ist das dann quasi egal ob du im Krankenhaus bist?“
IP: „Ja das ist egal, immer gleich.“ (K4/ Zeile 126-128)*

Eine Mutter wiederum beschreibt ihre Tochter als sehr sonniges, fröhliches Gemüt und wundert sich, dass ihre Tochter trotz oftmals schlechter Zustände zumeist gut gelaunt ist. Das Grundbedürfnis zu lachen scheint bei dem Kind sehr stark zu verankert zu sein und ihre Persönlichkeit wird bereits mit sechs Jahren von der Mutter als äußerst positiv beschrieben.

„Also das war von Anfang an einfach so. Sie hat immer wieder gelacht, obwohl es ihr zuerst sehr sehr schlimm gegangen ist. Und da hat sie immer wieder einen Lacher drauf gehabt. [...] Also sie ist wirklich sehr.. eine sehr positive Persönlichkeit.“ (M1/ Zeile 150-164)

Ein Grundbedürfnis ist aber etwas, welches schwer beobachtbar ist. Mit „*Fröhlichkeit*“ konnte ein besser beobachtbarer Begriff herausgearbeitet werden. Ob diese *Fröhlichkeit* beim Kind vorhanden ist, zeigt sich dadurch, ob es lacht oder lächelt und ob es auch selbst Scherze und humorvolle Äußerungen von sich gibt. *Fröhlichkeit* äußert sich auch durch fröhliche Bewegungen wie hüpfen, tanzen, laufen oder auf seinem Infusionsständer über die Gänge zu fahren (siehe Beobachtungen 1.6, 1.31, 2.5, 2.22). Welche Faktoren das Ausleben und Zeigen der „*Fröhlichkeit*“ beeinflussen können, wird im folgenden Kapitel erläutert.

5.2 Einflussfaktoren auf die Fröhlichkeit eines Kindes

Es hat sich mittlerweile herausgestellt, dass ein Kind während seines Krankenaufenthalts gewisse Grundbedürfnisse hat. Diese können erfüllt werden, wenn die notwendigen Voraussetzungen geschaffen werden. Auch das Grundbedürfnis nach Lachen und auch Humor ist darin grundsätzlich beinhaltet. Das heißt, dass jedes Kind, sei es gesund oder krank, sei es gerade in einem Hoch oder in einem Tief seiner Krankheit, auch lachen kann und möchte. Um den Gesamtkontext im Auge zu behalten, sind sowohl der *humorvolle Umgang der Pflegenden* (5.3), als auch verschiedene *persönliche Einflussfaktoren, die Welt der Kinder* (5.3) und *Beschäftigungsmöglichkeiten* (5.10.2) dafür ausschlaggebend, wie fröhlich ein Kind ist. Insofern ist nicht nur die Tatsache, ob Pflegende dem Kind gegenüber Humor zeigen und es dadurch etwas aus der Reserve locken wichtig, sondern auch Anderes maßgebend für die Fröhlichkeit, welche ein Kind zeigt und empfindet. Wenn auch Fröhlichkeit ein subjektives Empfinden ist, wurden einige Merkmale in den *kindlichen Ausdrucksformen* beobachtet (5.10.1), welche auf die Fröhlichkeit eines Kindes schließen lassen.

Pflegende berichten, Kinder geraten im Krankenhaus manchmal an Punkte, an denen sie nicht mehr lachen können, weil ihnen einfach nicht mehr danach zu Mute ist. Kinder beschreiben diesen Punkt auch als etwas, wo sie von einer Pflegenden keine Scherze erwarten „*I don't think that a very good nurse would do*“ (5.9.2). Diese Punkte der Abwesenheit von Fröhlichkeit werden von den meisten Kindern nach einer gewissen Zeit wieder überwunden. Denn Pflegende sprechen davon, dass selbst wenn ein Kind mehrere Tage traurig ist oder schlechte Laune hat, es irgendwann dann doch wieder ein Lächeln zeigt, es wieder lachen will und kann.

„Das hängt sicherlich zusammen, denen ist sicher nicht immer zum Lachen zumute. Aber ich denke sie wollen auch dazwischen lachen.“ (P3/ Zeile 423-424)

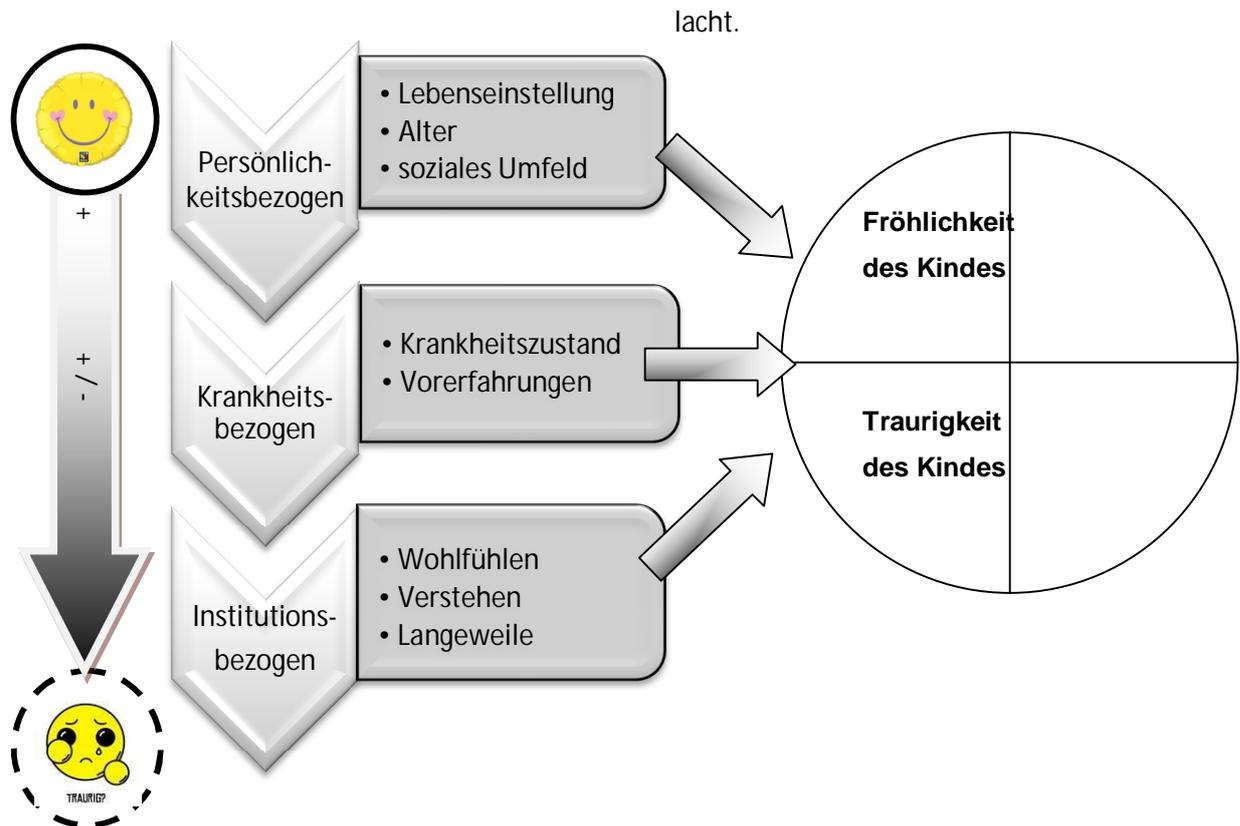
Ob dieser Punkt der *Traurigkeit eines Kindes* tatsächlich erreicht wird, hängt mitunter vom Zusammenspiel einiger Einflussfaktoren ab, welche sich individuell auf die Fröhlichkeit eines Kindes auswirken können. Die Fröhlichkeit eines Kindes bewegt sich auf einem Kontinuum zwischen extrem fröhlich und extrem traurig.

Anhand der Aussagen der Pflegenden ergeben sich folgende Einflussfaktoren, welche dieses Kontinuum der Fröhlichkeit bei einem Kind beeinflussen können.

Persönlichkeitsbezogen wirken die Lebenseinstellung eines Kindes, das Alter sowie sein soziales Umfeld, also Familie und Freunde. Bezüglich der krankheitsbezogenen Faktoren spielen der aktuelle Krankheitszustand sowie gemachte Vorerfahrungen mit Krankenhäusern eine wichtige Rolle. Schließlich gibt es drei Faktoren, welche institutionsbezogen zu verstehen sind und nicht nur mit der individuellen Situation zusammen hängen. Einen Einfluss auf die

Fröhlichkeit haben darunter das Faktum, ob es sich auf der Station (und den Ambulanzen) wohl fühlt, ob es das, was mit ihm und rundherum passiert versteht und auch dadurch, ob es sich maßlos langweilt. Neben der Institution und der MitarbeiterInnen dort hat auf diese Faktoren auch die Begleitung der Eltern einen großen Einfluss.

Je nachdem, wie diese Faktoren beschaffen sind und wie sie zusammenspielen, desto schneller oder desto langsamer erreicht ein Kind im Krankenhaus diesen Punkt, an dem es nicht mehr



5.2.1 Persönlichkeitsbezogene Faktoren

Lebenseinstellung

Dass beim Kind, genauso wie beim Erwachsenen zunächst die allgemeine Lebenseinstellung in Zusammenhang mit der Fröhlichkeit steht, wiederholt sich in mehreren Interviews. Ob man es als Lebenseinstellung, Charaktertyp oder Grundstruktur der Persönlichkeit bezeichnet, ist es unabhängig von der Krankheit so, dass manche Kinder lustiger und fröhlicher auftreten als andere. Und dann ist für diese Kinder Humor auch wichtiger als für Kinder, die nicht so häufig lachen. Diese Grundstruktur in der Persönlichkeit weisen Kinder genauso auf wie Erwachsene.

„Es gibt ja auch so Kinder, die auch nicht so fröhlich sind und eher ernst sind, genauso wie bei den Erwachsenen.“ (P3/ Zeile 461-462)

Manchmal kommt es sogar vor, dass ein Kind über jedes „normal“ gewohnte Maß fröhlich ist. Das wird dann im Interdisziplinären Team besprochen und nach Gründen Ausschau gehalten.

„Dass es schon unnormal ist?! Ja, auch das gibt es! Dass es so auffällt, da wird dann schon gesagt, gibt es da was in der Familie? Wenn es wirklich so auffällig ist!“ (P4/ Zeile 453-455)

Alter

Das Alter eines Kindes kann unter Umständen ein Faktor sein, der die Fröhlichkeit beeinflusst. Beziehungsweise gibt es etliche Bereiche, in denen das Alter des Kindes für den richtigen Umgang des Personals mit ihnen entscheidend ist. Etwa beim Erklären ist ein altersgemäßer Umgang notwendig, denn nicht altersgemäße Informationen können eher kleinere Kinder frustrieren oder verunsichern. Was wiederum die Älteren Kinder weniger fröhlich stimmt als jüngere ist die sogenannte „Tröstekiste“ im Behandlungszimmer, welche auch „Tapferkiste“ genannt wird, wenn ein Kind „brav“ mit macht. Diese wird den Kindern während der Behandlung angekündigt und nach dieser präsentiert, um sich etwas auszusuchen. Diese Kiste ist nach Aussagen von Teenagern meistens mit Gegenständen gefüllt, welche jüngere Kinder mehr ansprechen als ihre Altersgruppe.

„Da sind nur Sachen für kleine Kinder drinnen. Also Gummibärchen, und kleine Bastelflugzeuge. Für mich ist das nichts. Ein Kinogutschein, das wäre doch mal was richtig Gutes. Ab und zu mal, nach jedem 10ten Stechen.“ (K4/ Zeile 224-230)

Eine Pflegeperson räumt selbst ein, dass diese Kiste eher für jüngere gedacht ist als für ältere Kinder.

„Dass man sagt :„Jetzt warst du sehr tapfer, jetzt darfst du was aus der Tapferkiste raussuchen. [...] Ph, eher einem Kleinerem. Einem 16 Jährigen brauchst du die Belohnungskiste nicht mehr hinstellen. Oder, einer 14 Jährigen.“ (P3/ Zeile 339-340)

Um auch Größere zu belohnen geht manchmal eine Ergotherapeutin oder SchülerIn mit ihnen ins Kino.

„Wir machen das eigentlich schon so. Das stimmt jetzt nicht ganz, dass die keine Belohnung kriegen! Weil die Leonie schon mal mit so chronisch Kranken ins Kino geht.“ (P3/ Zeile 254-256)

Besonders für Jugendliche ist es im Krankenhaus, wie sonst vielleicht auch, eher schwierig, eine passende und unterhaltsame Beschäftigung zu finden. Eine Pflegende schreibt dies den neuen Interessen zu, welche man in diesem Lebensabschnitt gewinnt. Sie zieht daraus die Schlussfolgerung, dass man diesen Interessen durch einen intensiveren persönlichen Kontakt begegnen könnte. Wenn Pflegende und Kinder wirklich „etwas miteinander machen“ möchte, dass dafür jedoch nicht genug Zeitressourcen vorhanden sind.

„Aber du kannst dich auch nicht die ganze Zeit zu ihr rein hocken und mit ihr spielen, wenn ihr langweilig ist. Die war elf. Da willst du auch nicht mehr irgendwie malen die ganze Zeit, sondern da willst du irgendwas machen!“ (P1/ Zeile 388-391)

Soziales Umfeld und Familie

Weil viele Kinder mit ihren engsten Vertrauten aus der Familie und dem Freundeskreis lachen, hat deren Anwesenheit großen Einfluss auf die Fröhlichkeit eines Kindes.

„Die meisten lachen viel mit ihren Eltern, weil ich glaube, das sind einfach die vertrautesten Personen.“ (P1/ Zeile 282)

Insofern ist es auch die Aufgabe der Pflege, das soziale Umfeld eines minderjährigen Patienten abzuklären. Weil die Anwesenheit der Familie so wichtig für die Genesung und das Wohl des Kindes ist, achten Pflegepersonen darauf, diese stark einzubeziehen (siehe Kapitel 5.2.3). Eine Pflegenden denkt außerdem, dass Kinder aus weniger intakten Familien weniger zu lachen haben als Kinder aus einem mehr behüteten Umfeld.

„Wenn das Kind ein schwieriges soziales Umfeld hat, wird es sicher kein so fröhliches Kind sein.“ (P3/ Zeile 412)

Eine andere Pflegenden ist dafür der Meinung, dass es für ihren Umgang mit den Kindern nicht so wichtig ist, aus welchem Umfeld ein Kind kommt. Ein Kind kann Leichtigkeit und Fröhlichkeit erlernen, wenn man ihm oder ihr mit Humor begegnet:

„Aber, ich denke, wenn ich damit Humor und lustig sein an dieses Kind heran gehe, dass ich da schon was erreichen kann! Von daher, spielt es keine Rolle, was da für ein Hintergrund ist, was für ein sozialer Hintergrund es ist. Vielleicht kann es am Anfang nicht so gut damit umgehen. Aber mit der Zeit lernt es damit umzugehen. Mit einer Fröhlichkeit und Leichtigkeit.“ (P3 /Zeile 414-418)

Aber nicht nur die Dauer der Anwesenheit der Eltern beeinflusst die Fröhlichkeit. Die Art des Umgangs der Familie mit der Krankheit und der ganzen Situation macht es auch aus, wie fröhlich ein Kind ist. Manche Eltern wollen ihre Kinder zu sehr behüten und sind deswegen allzu kritisch mit der Arbeit der Pflegenden. Wenn Eltern eine eher negative Einstellung haben, dann lachen Kinder dementsprechend weniger. Je positiver diese eingestellt sind, desto eher kann ein Kind auch lachen. Die Informantin beschreibt die Zusammenhänge so:

„Und ich glaube, dass die Eltern eine wichtige Rolle spielen. Es gibt Eltern, die sind so fürsorglich, dass es schon zu viel ist, die sagen: „Das ist schlecht, und das ist schlecht, und das ...“ Dann lacht das Kind natürlich nicht. Und Eltern, die sagen: „Noch einen Schritt geschafft, und noch einen Schritt geschafft!“ Und dann sind die Kinder viel glücklicher.“ (P1/ 301-305)

So kann man auch zusammenfassend sagen, je positiver und lockerer die Eltern mit der Situation umgehen, desto lockerer ist auch das Kind.

5.2.2 Krankheitsbezogene Faktoren

Krankheitszustand

Viel mehr als die Krankheit an sich, hat der aktuelle Krankheitszustand einen Einfluss auf die Fröhlichkeit eines Kindes. Pflegende geben an, dass ein Kind in einem Stadium des Hochs leichter lacht als in einem Tief. Ein solches Tief kann durch Schmerz hervorgerufen werden. Pflegende machen die Erfahrung, dass Kinder Behandlungen, schmerzhafte Prozesse im Körper oder einen Pflasterwechsel unterschiedlich schmerzvoll empfinden. Während der gleichen Handlung stößt ein Kind Schmerzensschreie aus, während ein anderes noch immer erzählt oder lacht.

Im Hainerschen Kinderspital gibt es eine Arbeitsgruppe „Schmerz“, welche Kinder mit Schmerzen durch eine Schmerztherapie Erleichterung verschafft. Zur Erfassung der Schmerzen dient unter Anderem eine sechsstufige Scala mit unterschiedlich fröhlichen oder schmerzvollen Gesichtern (siehe Abbildung 5). Die Aufmachung dieser Werbung zeigt sich dadurch sowie mit dem Maskottchen des Kinderspitals, dem „Hauerle“, deutlich humorbezogen.

● Um eine kontinuierliche Wirkung der Schmerzmedikation zu erhalten, ist es jedoch wichtig, die verordneten Medikamente regelmäßig zu verabreichen, auch wenn zum Zeitpunkt der Gabe keine Schmerzen bestehen.

Embla AstraZeneca Naropin

keine Schmerzen mittelster Schmerzen stärkster Schmerzen

Ab 4. Lebensjahr

Medikation	Wirkstoff	Wirkstoff	Wirkstoff	Wirkstoff	Wirkstoff
1	Paracetamol	Acetylsalicylsäure	Acetylsalicylsäure	Acetylsalicylsäure	Acetylsalicylsäure
2	Acetylsalicylsäure	Acetylsalicylsäure	Acetylsalicylsäure	Acetylsalicylsäure	Acetylsalicylsäure

Information für PatientInnen

Abbildung 5

Unabhängig von den Schmerzen und dem aktuellen Krankheitszustand betont eine Informantin das Kind in den Mittelpunkt zu stellen. Sie versucht immer, das Kind zu sehen und nicht Krankheit X in Zimmer Y. Deswegen fragt sie ein Kind nie direkt nach seiner/ihrer Krankheit. Stattdessen fragt sie ganz allgemein, wie es ihm oder ihr geht.

„Ich frage gezielt nicht nach der Krankheit. Weil ich finde es wichtig, dass man das Kind nicht auf die Krankheit reduziert. Irgendwas, was niemals mit der Krankheit zu tun hat. Weiß nicht, Krankheit ist die eine Welt, aber das Kind hat eine andere. Ich schau, dass ich niemals die Krankheit, klar, die Heilung der Krankheit steht im Vordergrund, deswegen ist es ja bei uns. Aber ich glaube, ich versuche das nicht anzusprechen. (P1/ Zeile 158-165)

Vorerfahrungen

Sehr maßgeblich für die Fröhlichkeit eines Kindes sind die Vorerfahrungen des Kindes mit Krankenhäusern und den dort tätigen MitarbeiterInnen. Je nachdem sind sie gegenüber den Pflegepersonen und dem restlichen Personal mehr oder weniger offen. Besonders chronisch kranke Kinder, welche in ihrem Leben verhältnismäßig viele und lang andauernde Krankenhausaufenthalte hatten, können durch diese Erfahrungen bereits beim Eintreffen eine Art „Hospitalisierung“ mitbringen. Dieser Begriff taucht bei einigen Pflegenden immer wieder auf, wobei eine Interviewpartnerin ihn so beschreibt:

„Das Kind hat in der Klinik schon so viel mitgemacht, dass es schon hospitalisiert ist.“ (P4/ Zeile 447-448)

Bei solchen PatientInnen betont eine Pflegeperson einen besonderen sachten Umgang zu gewährleisten. Es ist notwendig, dem Kind Zeit zu geben und auf allen möglichen Wegen zu versuchen, die schlechten Vorerfahrungen in Gute umzuwandeln.

„Nicht immer, aber wenn die schlechte Erfahrungen gemacht haben, dann kann es schon sein, dass in dem Moment, wo eine Schwester oder ein Arzt näher an sie rankommen, unruhig werden und zum Schreien anfangen. Da muss man versuchen mit einer positiven Erfahrung das umwandelt.“ (P3/ Zeile 121-124)

Wege, wie die Pflegepersonen diese „Umwandlung“ herbeiführen können, sind unter anderem etwas *Lockereres und Humor* rein zu bringen, aber auch beim Kennenlernen zunächst auf Pflegehandlungen zu verzichten. Es geschieht dann auch, dass Eltern solcher Kinder von der betreffenden Station im Hainerschen Kinderspital sehr positiv überrascht sind und zu einer Pflegenden deswegen sagten:

„Das war jetzt eine gute Erfahrung. Einfach, weil man auf das Kind eingeht! und eben auch Humor und Einfühlungsvermögen mit rein bringt.“ (P3/ Zeile 126-138)

5.2.3 Institutsbezogene Faktoren

Wohlfühlen

Die Kategorie Wohlfühlen hängt mit jeder anderem Einflussfaktor auf die Fröhlichkeit eines Kindes eng zusammen. Dennoch kann noch einiges mehr Einfluss darauf haben, ob sich ein Kind im Krankenhaus wohl fühlt und dadurch fröhlich ist.

Dazu gehört unter anderem, ob ein Kind MitarbeiterInnen, insbesondere die Pflegenden als nett empfindet. So ist also nett nicht unbedingt gleich zu setzen mit lustig oder humorvoll. Eine Pflegende berichtet davon, dass ein Kind sich weinend geweigert hätte, auf eine benachbarte Station zu gehen, weil die KollegInnen dort nicht nett wären.

„Vor kurzem war es hier so, dass wir da ein Kind dann aufnehmen sollten, der wollte nicht auf die Station X, weil da findet er die Schwestern nicht so nett. Aber das hat weniger mit Humor, sondern mit „nett sein“ zu tun.“ (P4/ Zeile 223-226)

Neben dem Umgang der MitarbeiterInnen sind auch die Atmosphäre und die Infrastruktur der Räumlichkeiten im Krankenhaus Kriterien, welche das Wohlbefinden beeinflussen. Alle teilnehmenden Stationen des Kinderspitals hatten bunt und aufwändig gestaltete Wandbemalungen in PatientInnen- und Behandlungszimmern und Gängen. Verschiedenste Comic Motive von „Garfield“ bis „Arielle“ (siehe Abbildung 6 und 7) schmückten die Räumlichkeiten. Auch verzierten kleine Kunstwerke aus Papier die Gänge und verliehen dem Krankenhaus Atmosphäre.

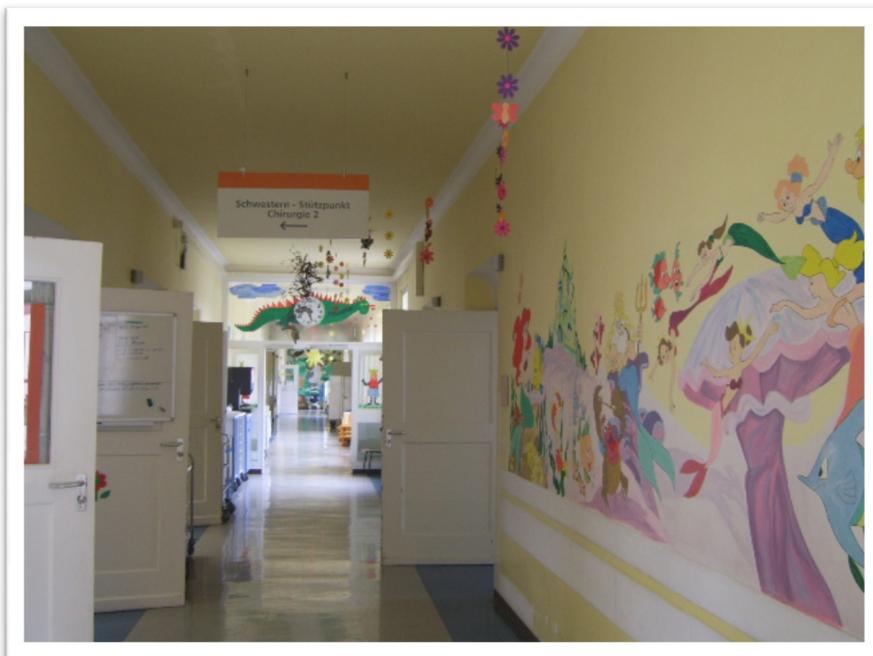


Abbildung 6

Laut Berichten der Pflegenden verglichen die kleinen Patienten die Atmosphäre des Kinderspitals mit jener eines Kindergartens:

„Ach, das ist ja fast so wie im Kindergarten hier; oder: „Oh, hier schaut's nett aus.“ Gleich ganz locker dann.“ (P3/ Zeile 212; bzw. 61)

Interessant zu diesem Punkt ist, dass im Interview manche Kinder auch von einer eher anders gefärbten Wahrnehmung sprechen. Es wurde mehrmals die Assoziation „Gefängnis“ genannt.

Es ist zwar nicht so, wie man sich ein Gefängnis vorstellt, dennoch gibt es ein paar Parallelen. An den Fenstern sind Gitterstäbe (siehe Abbildung 7), man darf nicht hinaus, nur Wärter fehlen.



Abbildung 7

„Obwohl du dir hier vorkommst, wie in einem Gefängnis. Mit den ganzen Gitterstäben da draußen. Da kommst du dir fast vor wie im Gefängnis, nur dass die Wärter fehlen als Pflegende. I: Und man darf halt nicht raus. IP: ja! (Lachen)“ (K4/ Zeile 320-327)

Neben den räumlichen Gegebenheiten beeinflusst besonders die Möglichkeit, im Krankenhaus Spaß zu haben das Wohlbefinden der Kinder. Deswegen versuchen Pflegende folgendes:

„I schau auch, dass sie Kontakt zu den Zimmerkollegen bekommen. Dass sie mal Karten spielen und die Fernsehkiste ausgeschaltet wird.“ (P5/ Zeile 240-242)

Verstehen

Wenn ein Kind nicht versteht, was mit ihm geschieht, dann kann das dazu führen, dass es eher ängstlich als fröhlich ist. Eine Pflegende berichtete, dass die Kommunikation einzelner Erwachsener mit den Kindern dazu führt, dass diese nur wenig davon verstehen, was man ihnen sagt. Mittel um das Kind verstehen zu lassen sind - nach Ermessen der Pflegenden - einfache Wörter langsam zu verwenden sowie zu erkennen, ob es Unklarheiten gibt. Jedoch bezweifelt die Auskunft Gebende, dass viele Kinder wirklich nachfragen, wenn sie etwas nicht verstehen:

„Weil sie einfach nicht wissen, wonach sie fragen sollen, weil sie einfach gar keine Ahnung haben!“ (P1/ 319-320)

Um zu verhindern, dass ein Kind etwas nicht versteht, beziehen die Befragten die Kinder beim Verbandswechsel mit ein. Kinder dürfen, so gut es geht mithelfen, wodurch sie mehr verstehen als beim bloßen Zusehen.

„Dass es nicht sagt: „Hier wird was gemacht“ sondern: „Hier hilft man mir, gemeinsam was zu machen.“ Ja klar, am Ende wird der Verbandswechsel immer noch am Kind durchgeführt, aber es darf was schneiden, was halten, einfach ein Grund, dass es selber mit macht! Es auch versteht, was ist da, und was es kann!“ (P1/ 200-204)

Zum Verstehen gehört auch, dass ein Kind von einer Pflegenden erfährt, warum diese in manchen Situationen keine Zeit hat. Wenn andere Erledigungen dringlicher sind, muss sie zumindest erklären warum und versprechen, dass sie ehest möglich ihn oder sie an die Reihe nimmt.

„Und die Kinder, die verstehen das auch dann! Dass es jetzt nicht auf einmal geht. Aber das muss man ihnen schon sagen! Weil das geht net, so einfach zu sagen, I hab jetzt keine Zeit. Weil da blockt man dann ab, denk ich.“ (P5/ Zeile 335-338)

Langeweile

Was im Krankenhaus bei vielen Kindern trotz aller Möglichkeiten zum Spielen und der Besuche dazwischen ganz oft auftritt, ist riesige Langeweile. Wenn die Eltern auch nicht immer da sein können, dann ist es für die Kinder oft langweilig.

„Wenn da die Eltern nicht da sind, dann wird es echt langweilig für die Kinder.“ (P4/ Zeile 415)

Wenn einem Kind langweilig ist, wenn es alleine ist, dann wird es weniger fröhlich sein, als wenn es gemeinsam mit jemandem spielen und lachen kann. Deswegen sorgen Pflegende dafür, dass KollegInnen wie SchülerInnen oder PraktikantInnen die Kinder mit nach draußen nehmen oder sie sonst wie beschäftigen.

5.3 „Krankheit ist die eine Welt - aber das Kind hat eine andere“

Nachdem im vorhergehenden Kapitel hauptsächlich die Ansichten der Pflegenden bezüglich einflussnehmende Faktoren deutlich wurden, werden hier verschiedene Bereiche der kindlichen Welt beschrieben.

Eine Pflegende merkte an, dass ein Kind neben der Krankheit und allem was damit verbunden ist, auch eine andere Welt hat (P1/Zeile 162-163). Diese Welt ist ein weiteres Puzzlestück, aus welchem sich die die kindliche Fröhlichkeit formt.

Durch den Versuch, alle diese Welten kennen zu lernen, kann besser verstanden werden, welchen Stellenwert *Humor und Lachen* im Leben eines chronisch kranken Kindes einnehmen. Nämlich, dass die Bedürfnisse nach Lachen und Spielen auf verschiedenen Wegen befriedigt werden. Zudem soll erkannt werden, wie es für ein Kind ist, eine chronische Krankheit zu haben. Es soll aber auch der Aspekt gesehen werden, wie Kinder unabhängig von ihrer Krankheit von ihrem Leben und den Themen, die sie bewegen berichten. Schon jedoch unter der Hinsicht, wie es ist als Kind (viel) mehr Zeit als andere, „gesunde“ Kinder im Krankenhaus zu verbringen, dennoch aber ein Kind bleiben zu wollen.

Zuerst werden jene Bereiche des kindlichen Lebens dargestellt, welche sehr stark durch die chronische Krankheit beeinflusst sein können. Dazu gehört, dass ein solches Kind, sollte es bereits in einem fortgeschrittenen Entwicklungsstadium sein, sich scheinbar relativ gut mit seiner Krankheit auskennt. Aber auch, dass es ungewöhnlich lange immer wieder von der Schule fern bleiben muss und stattdessen viel und oft auch langweilige Zeiten im Krankenhaus verbringt. Viele Kinder nehmen auch in der Familie aufgrund der Krankheit eine besondere

Rolle ein, was teilweise zu Spannungen und Kommunikationsproblemen zwischen Eltern, betroffenen- und Geschwisterkindern führen kann.

Dann gibt es eben auch noch die andere Lebenswelt des Kindes, in welcher sich das Kind intuitiv eine kindliche, geschützte und weitgehend „normale“ Welt schafft. Dies ist unter anderem die Welt des Spielens, des Lesens, des Freunde Findens und Treffens, oder des kreativ Gestaltens. Dann gibt es auch noch die Welt der modernen Technik, welche ebenso wie außerhalb des Krankenhauses auch innerhalb dieser Mauern kaum mehr wegzudenken scheint. Dazu zählt das Fernsehen, Computerspielen oder hören von Musik und Geschichten auf MP3-Playern. Schließlich berichten PatientInnen genauso wie über die Welt des Lachens über die Welt des Weinens.

5.3.1 (Halb-) Experte Im Umgang mit der chronischen Krankheit

Bei den Interviews mit allen befragten Kindern ist bemerkbar, dass sie oftmals sehr genau wissen, welche routinemäßigen Pflegehandlungen und medizinischen Behandlungen wegen ihrer Erkrankung stattfinden. Ältere Kinder tätigen notwendige Maßnahmen wie das Durchspülen der Sonde selbst. Außerdem gehen Kinder mit den Fachbegriffen zu ihrer medizinischen Diagnose und den täglichen pflegerischen Maßnahmen teilweise wie erwachsene Patienten um. Sie wissen auch, wann sie welche Behandlung oder Messung benötigen und erwarten dazu das Erscheinen des / der jeweiligen Mitarbeiters/in.

„So and I eat balance meal. Three balanced meals. For breakfast and lunch and before to go to bed. They must calculate the carbohydrates on each meal. They don't want my sugar high or low.” (K5/ Zeile 34-36) [...] And they gave me, when blood sugar is a little bit high, they give me insulin shot. So I can eat the meal normally so my blood sugar is stable.” (K5/ Zeile 45-46)

Bei genauerem Hinsehen merkt man aber, dass die Kinder die Zusammenhänge der Krankheit mit ihrem Körper nicht so ganz verstehen. In diesem Fall ist möglicherweise das Faktum, dass selbst die behandelnden ÄrztInnen die Diagnose noch nicht genau stellen konnten, Einfluss nehmend auf die leichte Verwirrung und die Unsicherheit, welche während des gesamten Interviews als Grundtendenz zu spüren waren (siehe Memo zum Interview):

„Sie glauben, ich weiß nicht, es können zwei Sachen sein, beim einen operiert man, beim anderen mit Medikamenten. (K6/ Zeile 485) [...] ne im Kopf, rechte Seite, wohin der linke Arm geht, das sehen sie was, und .. ja mit dem und da macht man mit Medikamenten und so. und wenn die mir die Medikamente geben, dann waren die höher...” (K6/ Zeile 488-490)

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Kinder kleine Experten im Umgang mit seiner oder ihrer Krankheit sind, jedoch aber ihr Wissen über Zusammenhänge manchmal nicht unbedingt ausreichend ist. Dass kann wie in den gezeigten Beispielen zu einer großen Unsicherheit führen, welche für Kinder alles andere als humorvoll ist.

5.3.2 Krankenhaus statt Schule

Aufgrund der Krankheit müssen Kinder öfter zu Hause bleiben oder sich im Krankenhaus aufhalten. Damit geht einher, dass sie an einem geregelten Schulalltag nicht teilnehmen können, dennoch aber nach Möglichkeit in die „Schule für Kranke“ am Spital gehen können. Dort wird nach Angabe der Kinder von den Lehrenden versucht, den versäumten Lernstoff so gut wie möglich durchzunehmen. Die verstärkte Einzelbetreuung kann sogar helfen, dass Kinder schneller einen Aha-Effekt als in ihrer normalen Schule erleben.

„Und drum fand ich's halt cool, da mit dem Lehrer. Der war nur bei mir und hat mir alles auf Papierblätter, Aufgaben geübt und ich habe es verstanden!“ (K6/ Zeile 392-396)

Andere Kinder wiederum berichten, dass in der Schule im Spital nicht immer besonders aktuell gelehrt wird, denn machen tun sie ...

„Eigentlich nichts. Nur Sachen, die wir können. Die ich gut kenne, oder ich muss was abschreiben und sie tut währenddessen was machen oder telefonieren oder so.“ (K3/ Zeile 97-98)

Dennoch ist es aber für manche Kinder schwierig, dem Lernstoff zu folgen und am Ball zu bleiben. Es zeigt sich, dass die Belastung durch den Druck in der Schule weiterhin durchzukommen, für eine Patientin besonders hoch ist. Das Tempo ist für sie einfach zu hoch. Darum würde sie sich jemanden wünschen, der den Stoff mit ihr außerhalb der Schule noch einmal sorgfältig durchgeht, ihn versteht und erklärt.

„In der Schule da ist so, wenn der Lehrer was erklärt, da kommt es bei mir im Kopf nicht so schnell an. Da brauch ich jemand, der sich mit mir hinsetzt, der das mit mir genau durchnimmt und der das auch kapiert.“ (K6/ Zeile 392-399)

Das Beispiel eines anderen Jungen zeigt, dass es für gewisse Kinder möglich ist, trotz etlicher Fehltag (68 Tage in einem Schuljahr) mit guten Noten in die nächste Klasse aufzusteigen. Deswegen und aufgrund seines etwas anderen Erscheinungsbildes, ist die Akzeptanz in der Klasse gering. Aufgrund der Krankheit hat er Schwierigkeiten, sein Gewicht zu halten, obwohl er ohnehin ein wenig untergewichtig ist. Der Kontakt zu seinen Klassenkameraden verläuft sehr schlecht. Die anderen Kinder meiden ihn, weil sie befürchten, er hätte eine ansteckende Krankheit. Er leidet unter der nicht ansteckenden Krankheit „Morbus Crohn“, weswegen er zum Beispiel viel häufiger als andere Kinder auf die Toilette muss. Trotzdem erscheint er mir sehr gefasst über diese Tatsachen, kann die anderen Kinder sogar irgendwie verstehen (siehe Beobachtung Nr. 1.51).

Aufgrund der Krankheit und deren Symptomen sowie das dadurch verursachte Fernbleiben kann der Schulbesuch eine zusätzliche Bürde für chronisch kranke Kinder sein.

5.3.3 Besondere Stellung in der Familie

In Gesprächen berichten Eltern und auch betroffene Kinder davon, dass sie durch ihre Krankheit eine besondere Stellung in der Familie einnehmen.

Dafür gibt es mehrere Gründe: Die Pflege und Betreuung erfordert ein höheres Maß an Zeit und Aufmerksamkeit als etwa für Geschwisterkinder ohne die Krankheit. Eltern oder besonders die Mütter verbringen die meiste Zeit bei ihrem Kind im Krankenhaus. Bei zwei von sechs betroffenen Familien äußern die Mütter, dass es aufgrund der Krankheit gar nicht möglich wäre, in der Familienplanung noch ein zweites Kind zu berücksichtigen (K1 und K3). Eines dieser Einzelkinder zeigt verstärkt ein relativ egoistisches Benehmen. Es ist anscheinend gewohnt, dass nur es und sein Wohlergehen im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit seiner Mutter stehen. Als es nach seinen Wünschen für das Krankenhaus gefragt wird, äußert es folgendes:

„Und einen Swimmingpool nur für mich. [...] und dass alle Pflegende nur mich gut behandeln.“ (K3/ Zeile 461)

Bei Kindern mit Geschwistern sind besonders die Mütter hin und her gerissen. Sie wissen, dass ihr nicht krankes Kind vernachlässigt wird, dennoch aber bleiben sie die meiste Zeit bei ihrem kranken Kind im Spital (siehe Informelles Gespräch mit Mutter von K2, K6).

Eine Mutter lässt ihre Tochter auch spüren, dass sie wegen ihr die Brüder und Schwestern sozusagen im Stich lässt. Ein Mädchen spricht darum von einem schlechten Gewissen. Sie ist aber auch verletzt, weil sie das Gefühl hat, die Mutter und der Rest der Familie geben ihr die Schuld daran, dass wegen ihrer Erkrankung die Familie auseinandergerissen wird. Ein Problem war in diesem Fall die große Distanz zum Heimatort vom Krankenhaus. Dadurch war ein ständiges Pendeln zwischen den Orten nicht möglich (siehe Beobachtung 1.23)

Die Familiensituation wird alleine durch die Anwesenheit eines oder mehrere Familienmitglieder im Krankenhaus durcheinander gebracht und ein „normaler“ Familienalltag im ursprünglichen zu Hause erschwert.

5.3.4 Die Welt des Spiels

Die „Welt des Spiels“ ist eine, welche den Kindern so wie zu Hause, in der Schule oder im Freien auch im Krankenhaus und im Krankheitszustand sehr wichtig ist und in denen sie sich ausleben.

Es wurde nach zwei Umständen unterschieden: Entweder man hat einen oder mehrere Spielkameraden, oder man ist die meiste Zeit auf sich alleine gestellt. Je nachdem kommen

andere Arten des Spiels zustande. Denn vieles kann nur dann gespielt werden, wenn man zu zweit ist.

Das Spiel ist außerdem etwas, bei dem ein Kind Spaß haben kann. Ein Junge beschreibt es sogar so, dass er erwartet, im Krankenhaus (mit anderen Kindern) zu spielen. Dadurch gäbe es einen Unterschied zum „normalen Schulalltag“, wo man das nur noch viel weniger könnte. Wenn dann aber auch im Krankenhaus eine Lehrerin von der „Schule für Kranke“ erscheint, um Unterricht mit den PatientInnen abzuhalten, kommt das weniger gut an und der Spaß durch das Spielen hat ein jähes Ende.

„Ja da geht man dann öfters so in ein Teil, in so ein Klassenraum und da macht man Unterricht. Und das ist halt immer so, blöd! Weil im Krankenhaus man immer Spaß haben will und mit anderen Kindern spielen will und dann kommt die Lehrerin und tut den ganzen Spaß halt weg.“ (K3/ Zeile 105-107)

Um auf die unterschiedlichen Möglichkeiten des Spiels durch Anwesenheit von anderen, bzw. das Herstellen einer Spielkameradschaft zurückzukommen, werden einige Beispiele zum jeweiligen Fall angeführt.

- a) Spielmöglichkeiten von Kindern, die leichter Kontakt zu anderen PatientInnen knüpfen

Es besteht die Annahme, dass ein Kind welches generell ein eher geselligerer Mensch ist, der in der Schule und außerhalb auch wenig Schwierigkeiten hat, neue Kinder kennen zu lernen auch im Krankenhaus leichter Anschluss findet. Dem entsprach nur eines der befragten Kinder. Jener Junge gab an, auf der Station mit allen Kindern etwas anfangen zu können.

*IP: „Alle ganz nett, ich find jeder ist nett. Keinen Doof.
I: Und hast du mit allen was zu tun?
IP: Ja mit Jedem!“ (K4/ Zeile 159-161)*

Ob eines der anderen Kinder für ihn als Spielkamerad taugt, hat kaum mit dem Krankheitszustand der anderen Kinder zu tun. Also ob er oder sie im Bett bleiben muss oder wie stark man mit verschiedenen Schläuchen an einen Infusionsständer gebunden ist. Dann suchen sich die Kinder solche Spielmöglichkeiten, welche im aktuellen Zustand machbar sind. Wenn Kinder sich zum Spielen zusammentun, dann sind es meistens solche, welche einen längeren Zeitraum miteinander verbringen.

„Obwohl der Josef an so vielen Kabeln hängt, kannst mit ihm schon viel machen, du kannst mit ihm alles spielen. [...] Oder mit der Lisa, die nicht aus dem Bett darf, da kannst du auch viel machen. ich komme zu ihr ans Bett, dann spielen wir Karten oder schauen uns einen Film auf dem kleinen DVD Player an. Und unterhalten uns meistens.“ (K4/ Zeile 172-180)

Einen Spielkameraden zu haben ist für ein Kind eine große Bereicherung für den Krankenhausaufenthalt, weil man die unterschiedlichsten Beschäftigungen zusammen finden kann. Die Kinder berichten davon, dass sie Karten-, andere Brett- oder Würfelspiele oder

Kicker miteinander spielen. Es werden aber auch Filme oder Sportübertragungen zusammen angesehen, was erst durch den Gruppenfaktor zu einer sozialen, kommunikativen und spielerischen Situation wird. Etwa wenn Kinder nach einer Fußballmeisterschaft dazu übergehen, selbst einen Pokal zu basteln oder ein Tischfußballturnier anleiern. Natürlich kann man sich mit anderen Kindern auch „bloß“ unterhalten. Und vor allem können Kinder gemeinsam, was mehrere Kinder immer wieder freudig erwähnten, „Blödsinn machen“. Kinder verstehen darunter, wenn man etwas Lustiges macht oder sich „blöd“ anstellt, etwa wenn man ein Lied singt und dabei ein Sketch inszeniert, dann ist das *Blödsinn*:

„Und dann der wo dieses Jahr 18 wird, mit dem hab ich immer am Meisten Blödsinn gemacht: der hat kleiner grüner Kaktus gesungen.“ (K6/ Zeile 66-67)

b) Spielmöglichkeiten von Kindern, die weniger leicht Kontakte knüpfen

Im Gespräch stellt sich heraus, dass viele Kinder dieser Gruppe im Krankenhaus keine Spielkameraden finden oder nach eigenem Berichten nicht wirklich welche suchen. Ein Grund für letzteres könnte sein, dass sie (unfreiwillig?) gar nicht daran gewöhnt sind, in ihrem „Leben zu Hause“ viele Freunde zu haben.

„Und Freunde hab ich eigentlich keine“ (K6/ Zeile 231) Mit Ihnen gespielt nicht so. aber ich war bei der Erzieherin und da waren die anderen auch da. (Zeile 243) [...] Ja, aber reden und auskommen mit ihnen, das tue ich schon. (K6/ Zeile 271) [...]

Andererseits gibt es Gründe, wie Sprach- oder Kulturbarrieren, welche das In-Kontakt-Treten viel schwieriger machen. Ein Mädchen erklärte, dass sie nur sehr schwer Kinder zum Spielen findet, weil sie kein Deutsch spricht. Auch wenn manche sogar ein paar Sätze Englisch parat haben, ist es eher selten, dass deutschsprachige Kinder mit ihr spielten. Die folgende Erzählung war die einzige lustige Erinnerung, welche dieses arabisch sprachige Mädchen mit einem anderen Kind hatte.

„Another kid came in the playroom, he was looking for something. I asked him in English. „What are you looking for?“ So he didn't answer me. Because I thought he didn't understand. But then he asked me, „What DVD are you watching?“ I told him „Nemo“, so he said: „Can I watch it with you?“ I said „Sure“. He sat nearby and we were watching the movie. He was a little kid, maybe five years old. (K5/ Zeile 174-176)

Weil also Spielkameraden weitgehend fehlen, tauchen diese Kinder oft in die „Welt des Lesens, der Kreativität oder der modernen Technik“ ein, um die Zeit zu vertreiben und dem Klinikalltag ein kleines Stück weit zu entfliehen. Diese Welten werden in den nächsten Kapiteln (5.3.5-...) beschrieben.

c) Was Kinder spielen, um sich alleine zu beschäftigen

Was für Kinder der zweiten Gruppe (b) eher wegfällt ist, dass sich ein Kind, welches leichter Kontakte schließt, meistens aussuchen kann, wann es alleine spielen möchte und wann nicht.

So sind für Kinder der Gruppe (a) Selbstbeschäftigungen wie Basteln oder Puzzles Bauen Pausenfüller, bis wieder mit einem anderen Kind gespielt wird.

„Das mach ich auch gerne, da sitze ich meistens da und bastle ich irgendwelche Figuren. Da vergehen dann meistens zwei bis drei Stunden.“ (K4/ Zeile 250-253)

Besonders das Spielzimmer bietet vielseitige Möglichkeiten, um sich selbst zu beschäftigen. Kinder stellten im Interview zumeist fest, dass im Spielzimmer alles wäre, was ein Kind sich wünschen würde. Und zwar auch für verschiedene Altersklassen.

„The playroom is very nice room. Very practical. It has everything children like. For the younger children, 5 to 3 or bit younger they like toys, they like building blocks. Lego, yes. And some older children, like 6-7, they like drawing and coloring pictures. So they have drawn on papers for those younger children to color. Like once my sister she visited me and she went to the playroom and was coloring. Some other bigger children like my age, or bit younger 9-10 like to play videogames, watch TV, movies. So it is very nice room. Not too big or too small. I like it very much.“ (K5 / Zeile 432-351)

Eine Möglichkeit zum Spielen, welche Kinder im Laufe ihres Aufenthaltes im Spitalsbett mit Begeisterung entdecken, ist Höhen und Schräge-Verstellbarkeit. Das macht dann besonders Spaß, wenn es ein bisschen verboten ist. Ein Kind äußert dazu folgende Einschätzung:

„Es hat mir zumindest niemand ausdrücklich verboten“ (K7/ Zeile 134)

Auch am Stützpunkt der Pflegenden sind immer wieder Kinder anzutreffen, welche sich dort nach Vorschlägen der anwesenden Pflegenden beschäftigen. Ein Mädchen beschreibt, wie sie auch am Stützpunkt ihre Zeit verbringt:

*„Ja ich frag halt ob ich rein darf, und wenn ich rein darf, I: darfst du immer rein?
IP: ja bis jetzt schon, dann drucken sie wenn man will am Computer was aus, I:
Ausmalbilder, hast du das gern? IP: ja oder gestern, hab ich Ding, gestern hab ich
Rechenaufgabe gemacht.“ (K6/ Zeile 252-255)*

5.3.5 Die Welt der modernen Technik

Wie manche Aussage der Pflegenden oberhalb beschreibt, ist die „Welt der modernen Technik“ auch aus dem Kinderspital nicht mehr wegzudenken.

Kinder beschreiben es sehr selbstverständlich, in jedem Zimmer einen Fernseher vorzufinden. Für die Beschäftigung ist das Fernsehen, sei es im TV oder durch DVDs bei vielen Kindern ein fixer Bestandteil. Besonders bei denen, welche nicht aufstehen dürfen, die Sprache kaum verstehen oder schwer Zugang zu anderen finden, ist diese oft die letzte Möglichkeit zum Zeitvertreib. Fernsehen ein möglicher Zeitvertreib. Es werden aber auch eigene Geräte wie Mini-Laptops oder „Nintendo“ Spiele oder Gameboys mitgebracht und teilweise mit Feuereifer betrieben. Dadurch ist es auch möglich Sportarten, welche das Kind im Moment nicht ausüben kann oder darf möglich zu „betreiben“:

IP: Ich hab den Laptop mit! I: hast du schon einen eigenen Laptop! IP: Ja! I: Und was machst du da drauf? IP: Fernsehschauen! I: am Laptop? Ah okay. Und welche Spiele

spielst du da? IP: Z.B. Fußballspiele. (Lacht) I: Okay und irgendwelche Sportarten sonst draußen, das ist wahrscheinlich nicht möglich? IP: (lacht) nicht wirklich. (K2/ Zeile 56-64)

Kinder nutzen die moderne Technik aber nicht nur zum Spielen und Fernsehen, auch werden MP3-Player genutzt, um Hörspielen oder Musik zu hören (Beobachtung 1.27).

5.3.6 Die Welt des Lesens

Die Welt des Lesens oder der Bücher ist im Krankenhaus für Kinder ein Thema. Während manche Kinder (z.B. K6) das Lesen von Büchern nicht erwähnen, äußerten sich zwei Mädchen im Gespräch explizit, sehr gerne zu lesen und auch selbst Gedichte zu verfassen (K5 & K7). Thematisch gaben die beiden etwa 10-11 jährigen Mädchen an, Tier-, Phantasie- und Teenager- Romane besonders gerne zu haben. Etwa ein Buch von der „angesagten Autorin Cornelia Funke“.

„Die kennt doch jeder, die ist die Schriftstellerin von „die Wilden Hühner“, das wurde verfilmt. Oder von das „Große Buch vom Brombeerhag“ (Das ist eine Mausestadt). Das ist echt toll, Mäuse leben in Bäumen, die heißen Herr und Frau Apfel und so.“ (K7/ Zeile 62-64)

Nur Bücher, welche Kinder zum Staunen bringen können, werden bis zum Ende gelesen.

„Ich lese dann gerne, wenn es so richtig spannend ist, richtig interessant, ich muss Das dann richtig bestaunen können“

Falls man keine oder nicht ausreichend Bücher von zu Hause mit hat, ist es besonders wichtig, gut mit Büchern aus der Kinderbücherei versorgt zu werden. Die hauseigene Bücherei machte mit einem bunt gestalteten Flyer mit der Aufschrift „Kranke Kinder brauchen Bücher“ (siehe Abbildung 3) auf sich aufmerksam, welcher auf den Stationen auflag. Der Flyer stellt einen direkten Bezug zu Fröhlichkeit,

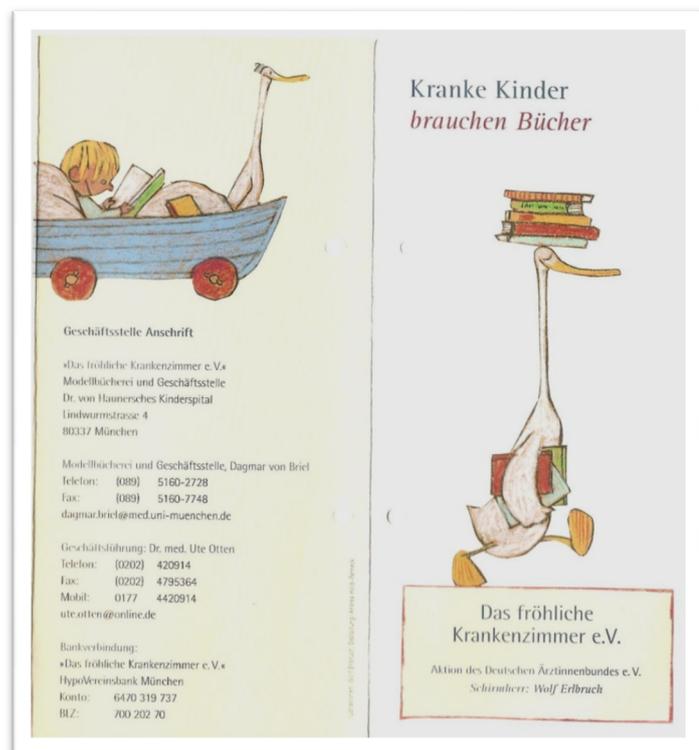


Abbildung 3

„dem fröhlichen Krankenzimmer“ assoziiert werden. Problematisch war, dass nicht deutschsprachige PatientInnen für sie verständliche Literatur nicht immer zeitgerecht erhielten. Es war auch der Fall, dass sie auch gar nicht über das Angebot der Bücherei Bescheid wussten oder auch den Flyer nicht lesen konnten und somit eine bevorzugte Beschäftigungsform entfiel.

„But there was a book lady. She was making everybody happy. She was giving children books. to read. Children were very happy with them. I took a few books. Yes she brought books, I was glad, that are English. I was very happy. Because I am leaving today. I can't finish all the books.“ (K5/ Zeile 205-206)

Memo

Aufgrund der oben berichteten Versorgungslücke mit Büchern erkundigte ich mich in der Kinderbücherei des Hauners (siehe Beobachtung Sonstige.1). Dort wurden mir von der ehrenamtlichen Mitarbeiterin einige Auskünfte gegeben. So etwa, dass der Bücherwagen unterschiedlich oft in der Woche auf onkologischen sowie auf anderen Stationen mobil unterwegs ist. Es haben die Kinder auch die Möglichkeit ,selbst oder wenn noch zu jung, in Begleitung, die Bücherei zu besuchen. Allerdings kommen laut Angabe der Dame Kinder nur eher selten zu Ihnen. Auch Pflegende werden bloß vereinzelt dort angetroffen, um etwas für die Kinder zu holen Die Dame gibt auch an, dass Pflegende auch nicht anrufen würden, um gewisse Bücher zu bestellen oder einen „Extraauftrag“ zu tätigen.

Eine andere wichtige Funktion von Büchern im Krankenhaus ist neben der Beschäftigung auch das Ablenken von Untersuchungen. Etwa während der Visite oder beim Warten auf eine Kontrolle in der Lungenambulanz. Während ersterem griff ein etwa dreijähriges Mädchen immer wieder zu verschiedenen Bilderbüchern mit Tastelementen, welche sie zum Lachen anregten. Die Ärztin ging auf diese auch ein, während sie versuchte, die Untersuchung zweigleisig fort zu führen (siehe Beobachtung 1.33). Ein etwas älterer Junge vertrieb sich die Wartezeit auf eine Untersuchung seiner Lunge damit, ein comicartiges Buch über lungenkranke Kinder zu lesen („Das Atemberaubende Abenteuer“). Er hatte während dieser Zeit mit der begleitenden Praktikantin einige Minuten Ablenkung und auch etwas zu Lachen.

5.3.7 Die Welt der Freunde

Wie bereits oben beschrieben sind Spielkameraden oder Freunde für Kinder auch im Krankenhaus wichtig und das Lachen oft ein Phänomen, welches erst in der Gesellschaft anderer auftaucht. Welche Arten der Spielmöglichkeiten sich mit oder ohne solche Kameraden ergeben, wurde bereits oben erklärt. Hier soll noch stärker die Bedeutung hervorgehoben werden, welche Freunde als Bezugspersonen für die Kinder im Spital haben.

Als ein Junge seinen Tagesablauf im Krankenhaus beschreibt, hat das Freunde Treffen und mit diesen zu spielen neben den anderen notwendigen Tätigkeiten eine eindeutige Stellung:

„Ich stehe um 7 auf, habe dann bald meine Infusionen durch, dann nehme ich Tabletten, dann habe ich Krankengymnastik, dann spiele ich bisschen mit meinen Freunden, dann hab ich noch mal Krankengymnastik, dann spiele mit meinen Freunden und kriege eine Infusion dann am Abend. Dann setze ich mich meistens hin und schaue einen Film an.“ (K4/ Zeile 194-197)

Dass aber nicht nur andere Kinder zu Freunden werden, zeigt, dass Kinder sehr gerne Zeit mit den jüngeren Pflegenden oder PraktikantInnen verbringen und diese auch als Freunde bezeichnen.

Wiederum andere Kinder sprechen in den Interviews gar nicht über Freunde. Solche Kinder (z.B. K2), geben an, oft alleine zu spielen und das gerne zu tun.

5.3.8 Die Welt der Kreativität

Kreativ sein zu können kann für Kinder im Krankenhaus eine große Bereicherung sein und macht den Krankenhausaufenthalt so manches Mal zu einer positiven lustigen Erinnerung. Wenn vom Klinikbesuch neben anderen Erinnerungen nämlich auch selbst entworfene Kreationen nach Hause genommen werden können, kann das die Attraktivität eines Kinderspitals anscheinend enorm vergrößern. In andere Spitäler, ohne jegliche Bastelangebote, wollte ein kleines Mädchen im Gegenteil zur aktuellen Station nicht zurückkehren:

*„Aber nicht die basteln kann! Nicht die! Nicht die basteln!
Ihre Mutter: Das gefällt uns ja auch so! Das Basteln am Vormittag, ja das gefällt ihr, deswegen fährt sie gern her. Ich meine bis auf die Blutabnahmen, das mag Sie net.“
(K+M1/ Zeile 36-37)*

Bei den kreativen Angeboten gibt es vormittags die Möglichkeit bei der Erzieherin im Spielzimmer zu basteln, zeichnen und zu malen oder zu spielen, was viele Kinder gerne mit großer Freude nutzen.

Nachmittags konnten Kinder und Eltern im Spielzimmer ein weiteres Angebot zur Förderung der Kreativität durch einen freischaffenden Künstler in Anspruch nehmen. Dieser bietet außerhalb der schulfreien Zeiten einmal wöchentlich ein paar Stunden für Klein, und auch für Groß, eine Mitmachaktion mit dem Material Ton an.

Nach der Teilnahme und Beobachtung einer solchen kreativen Einheit konnte in einem Interview viele Informationen zur Entstehungsgeschichte der Aktion und den Ansichten des Künstlers über die Betreuung von Kindern im Krankenhaus gewonnen werden.

Die Ansichten des Künstlers über Kreativität im Krankenhaus scheinen im Zusammenhang mit Lachen und Humor wichtiger als vermutet. Weil Angebote wie dieses den Kindern im Spital einen Raum ermöglichen, in denen sie fernab der oft harten Wirklichkeit ganz Kind sein und sich amüsieren können, möchte ich an dieser Stelle etwas genauer auf die Beschreibungen der Aktion, „Kunst mit Kindern im Krankenhaus“, eingehen.

Diese ist ein von ihm selbst initiiertes Angebot, um Kindern im Krankenhaus etwas Kreatives zu bieten, das Spaß macht und wobei es keinerlei Vorgaben gibt. Das Material Ton begründet der

Bildhauer durch die besonders duldsamen Eigenschaften, welche dieser aufweist und die Begeisterung, welcher dieser bei den Kindern auslöst:

„Es ist eine Gelegenheit, was zu machen. Auch Ton schmutzt, und deswegen macht man es nicht gerne daheim. Und da ist die Gelegenheit mit Ton, und kleine Kinder haben einfach eine Faszination mit Wasser, pritscheln und batzen.“ (Künstler / Zeile 1283-1286)

Am Ende des Jahres sammelt der Künstler die Werke der jungen Kreativen und stellt in einem vielbesuchten Gang im Spital sie seine Weihnachtskrippe aus (siehe Abbildung 4).



Abbildung 4

Eine wesentliche Absicht des Angebotes des Künstlers ist Kinder sowie Eltern in jeglicher Konstellation in Kontakt zu bringen und eine kommunikative Situation zu schaffen.

Außerdem möchte er den Kindern auch die Möglichkeit geben, bei ihm etwas ganz „Eigenes“ zu schaffen. Etwas, das nichts mit Medizin oder Pflege zu tun hat und den Kindern Raum zur Entfaltung gibt.

Für Kinder, welche weniger spezifisch gestalten können und es zunächst scheint, dass es keinen Sinn macht, diese mit Ton zu beschäftigen, zeigen ebenfalls sehr freudige Reaktionen darauf. Das Verändern der Form gibt Ihnen einen Grund zu lachen:

„Ich hatte mal einen schwerbehinderten Jungen im Rollstuhl, der konnte nicht sprechen. Und der hat so einen Lederkopfschutz aufgehaut, weil er den Kopf gegen die Wand gehaut hat. Den haben's rein gebracht, das war für mich so grenzwertig, weil ich gesagt habe, was kann ich mit dem so anfangen. Und ich habe gefragt, magst was machen, er hat einen Ton in die Hand genommen, in den Mund gesteckt oder am Boden gehauen, dann hat er gelacht. Da wieder das Lachen.“ (Künstler/ Zeile 1428-1433)

Denn genau das ist nach Meinung des Bildhauers so wichtig für die Kinder im Krankenhaus: zu lachen. In vielen von Ihnen sieht er kleine, traumatisierte Wesen, welche durch ihr Krankheitserleben und das Fern sein von zu Hause mitgenommen sind.

„Für mich hat ein jedes Kind, jeder der ins Krankenhaus geht, hat eine traumatische Erfahrung. Weil er ist an einem Punkt, wo er selber nicht mehr bewältigen kann. Was ihm körperlich zugestoßen ist, was möglicherweise das Leben bedroht und dann bist du angewiesen auf Hilfe.“ (Künstler/ Zeile 1480-1482)

Im Krankenhaus geschehen viele Dinge mit den Kindern, welche dazu führen, „dass einem das Lachen vergeht“. Der Künstler, welcher auch jahrelang selbst in der Behindertenpflege tätig war, beschreibt das, was den Kindern im Kinderspital widerfährt, so:

„Ja und da werden mit dir Maßnahmen veranstaltet, wo dir das Lachen vergeht. Da stechen sie dich, schneiden, wickeln, pappen dir was drauf und dann musst du in die Röhre und all diese Sachen. Es ist ja kein Drama fürs Leben, mit dem man nicht fertig werden kann. Aber es ist ein Trauma und für ein Kind wenn man wo rein geht und dann mit einem Organ oder Körperteil weniger raus kommst. Ist das schon ein heftiges Trauma. Mit Lachen wird man da besser fertig. Übers Lachen dann, was lebenswerte Situation bringt.“ (Künstler/ Zeile 1484-1493)

Weil es also in seinen Augen so wichtig ist, einem Kind (wieder) zum Lachen zu verhelfen, hebt Peter Tischler eine wichtige Voraussetzung dafür heraus: Gemeinschaft.

„Und Lachen ist etwas, das man in der Regel in der Gesellschaft macht. Zum Lachen gehören immer mehr (Zeile 1460 ff.). [...] Aber wenn du eine Situation geschaffen kriegst, wo ein Gegenüber da ist, wo man dann auch lachen kann, dann hilft das sicher auch.“ (Künstler/ Zeile 1477-1478)

5.3.9 Die Welt des Lachens

Dieses Kapitel erinnert daran, dass Kinder in all ihren Welten Gründe finden, zu lachen. Sei es im Spiel etwas Lustiges, sei es aufgrund von Computerspielen oder lustiger Musik. Aber genauso die Welt der Kreativität, wenn man etwas Lustiges kreiert, oder man ein lustiges Buch liest kann Grund dafür sein, worüber zu lachen die Kinder berichteten. Irgendwie hängen alle diese Welten zusammen, mal ist die eine mehr interessant, mal die andere. Was alle vereint, ist dass das Lachen etwas ist, was man mit jemand anderem zusammen tut, wenn man nicht gerade über jeden „Blödsinn“ (K2/ Zeile 167) von einem selbst lachen kann. Es schließt also die Welt der Freunde mit ein, wenn sich die Kinder gegenseitig in ihren Zimmern besuchen und über gemeinsame Themen sprechen und darüber lachen.

„Ja über Sachen, wie es in der Schule ist, dass wir schon so viele Lehrer raus geekelt haben. Halt über Teenager Zeug.“ (K4/ Zeile 73-74)

Außerdem können Kinder genauso mit anderen Kindern als auch mit Erwachsenen lachen, aus dem betreuenden Team mit PraktikantInnen, Pflegenden oder Ärzten sowie mit Familienmitgliedern.

*I: „Egal, ob jetzt Kinder (?)
IP: Genau, Erwachsene oder Omas sind.“ (K4/ Zeile 140-141)*

Wenn Kinder danach gefragt wurden, worüber sie lachen und ob sie eine lustige Anekdote erzählen können, hatten die meisten sofort einen Witz parat.

„You see there were three people on a plane. One is from India. One is from Dubai. And another one is from UK. The pilot, that they are having a weight problem. So we have to throw away all the cargo from the plane. The guy from UK says: „We have many clothes“, so he threw all the clothes from the plane. The Indian said: „We have all spices and food, so we can throw the food off.“ The guy from Dubai said: „We have many Indians, so we throw off the Indian.“ (K5/ Zeile 416-421)

Was die Frage betrifft, ob man im kranken Zustand auch lacht, gab ein Junge an, dass er auch lacht, wenn er Fieber hat. Denn er könnte immer viel und den ganzen Tag über lachen.

IP: „Ne, hat es nicht, ich lache einfach so gerne. Weil es lustig ist!

I: ja sicher! Aber auch, wenn es dir mal schlechter geht?

IP: Ja! (Lachen) dann muss ich auch lachen. Wenn ich jetzt Fieber oder so hab, ich lach trotzdem.“ (K4/ Zeile 129-130)

Ein anderer etwa gleich alter Junge hingegen findet kaum einen Grund zu lachen und gibt vor allem an, dass es im Krankenhaus unüblich ist, zu lachen. Er macht das sehr stark abhängig von den anderen Menschen, hauptsächlich von den MitarbeiterInnen vor Ort. Wenn die nicht lustig sind und Freude an ihrer Arbeit haben, kann er auch nicht lachen. Denn er braucht „mehr dazu, zum Lachen“.

„Da kann man ja eigentlich gar nicht lachen! Weiß ich nicht, da braucht man halt mehr! Lustige Menschen! Die halt Freude haben und mehr lachen und so!“ (K3/ Zeile 174-178)

Dieser Junge findet auch als einziger der befragten Kinder Klinik Clowns nicht lustig. Ein

Mädchen aus Dubai hat indes noch nie etwas von diesen gehört oder gesehen.

Ansonsten sprechen die Kinder mit Begeisterung von den Clowns, sollten sie einmal vorbei kommen. Es gefällt Ihnen, wenn diese sich „blöd“ anstellen und sich benehmen, wie es sich eigentlich nicht gehört. Etwa mit Torten zu schmeißen, vom Stuhl zu fallen, laute Geräusche von sich zu geben, um nur ein paar davon zu nennen. Das folgende Beispiel zeigt, wie die Clowns die Ernsthaftigkeit der Therapeutin auf die Schippe nehmen und die ganze Situation ad absurdum führen. Dies rief bei dem Mädchen große Begeisterung hervor, worüber sie selbst beim Berichten wieder zu lachen begann.

„Voll cool, die reden lauter Blödsinn, und weil [...] ich hatte da eine Psychologin, und die hat mit mir so Entspannungsübungen gemacht. Die wollte gerade das Schild raus hängen: „Vorsicht, wir ..., irgendwas Entspannungsübung.“

Und dann sind die genau da reinkommen und haben die total verarscht. Total entspannt sind sie auf dem Stuhl gehockt und: „Wir entspannen uns die ganze Zeit.“ Der hat dann richtig gepupst. Und der andere hat gerülpst.“ (K6/ Zeile 281-286)

So zeigte sich, dass Kinder gerne darüber lachen, wenn irgendjemand „Blödsinn“ macht, sei es Clowns, Ärzte oder Pflegende. Wenn ihm oder einer anderen Person ein Missgeschick passiert, kann sich ein Junge schlapp lachen. Und zwar, anders als Erwachsene, die solche Ereignisse weniger lustig finden.

„Über Blödsinn! Ich kann Blödsinn machen, über den ich lachen kann! Genau, ein Missgeschick! Darüber können Erwachsene recht wenig lachen!“ (K2/ Zeile 167)

Die Themen, worüber Kinder lachen, sind abgesehen von den Clowns stark altersabhängig, was folgende Beispiele zeigen: Ein elf jähriges Mädchen lachte dann aus vollem Herzen, als sich ein um sechs Jahre jüngeres Kind wegen eines Kinderfilms zu weinen begann. Sie stellte fest, dass so junge Kinder noch viel stärker im Moment verhaftet sind.

„We were busy watching. He was very like living the moment he was nervous watching the movie. There was this sudden event in the movie. When sharks appeared, there was a bomb. He was tortured and then he started crying. And I started laughing at him.“ (K5/ Zeile 180-182)

Die jüngste Patientin lachte gern, wenn sie jemand, in dem Fall ihr Papa kitzelt. Was mit den Pflegenden zusammen genannt wurde, war ein Lachen, welches aus einer selbst herbeigeführten witzigen Situation entstand. Das Mädchen versteckte sich und erschreckte die Schwester mit einem selbst gebastelten Gespenst. Als diese sich „furchtbar“ erschreckte, lachte das Mädchen darüber.

IP: „Buh gemacht! Fürchten! Na, vor dem Geist!!

I: Und hast du deswegen gelacht?

IP: Jo!

Mutter. Ja, das war echt lustig. Da hat sie sich versteckt, und als die Schwester reinkam, die hat sich dann direkt geschreckt! Ist was aus der Hand gefallen, das hat ihr natürlich gefallen.“ (K&M1/ Zeile 55-71)

Der Unterschied besteht aber nicht nur indem, worüber verschiedene Kinder lachen. Sie geben nämlich kollektiv an, dass Kinder über andere Dinge lachen, als Eltern oder generell Erwachsene es tun. Zudem worüber Kinder gerne lachen, gehören vor allem verschiedene Arten von Witzen, die man sich erzählt. Erwachsene hingegen lachen gerne über Geschehnisse aus der Vergangenheit.

„Oder Eltern lachen heutzutage über keine Witze mehr, also neue, sondern über alte. Über die wir nicht lachen. Kinder lachen über Ostfriesen-, Blondinen-Witze. Oder andere Sachen. Und Eltern lachen über Vergangenheitsgeschichten. Was total witzig war. Ja!“ (K4/ Zeile 343)

5.3.10 Die Welt des Weinens

Um hier aber keinen falschen Eindruck zu erwecken, dass es für Kinder im Krankenhaus nur Dinge zum Lachen gäbe, ist genauso die Welt des Weinens zu erwähnen.

Das folgende Beispiel zeigt, welcher Problemkomplex einen Tränenausbruch hervorrufen kann. Während eines Interviews begann ein Kind zu weinen, worauf ich das Interview bis zur Beruhigung abgebrochen habe.

„Dann hat Schwester Uschi gesagt, als ich was zu Mittag essen wollt, weil ich noch nichts gehabt hatte. Wollte ich halt Mittagessen und ein Joghurt. Dass I den Joghurt net gleich mitess‘, sondern zur Nachspeis dann ess‘. Wollt ich den rausholen, und zieht mir den aus der Hand und sagt: „Du bist eh schon,... du sollst auf die Figur achten, sonst wirst du immer dicker.“ So hat sie’s gesagt. Und seitdem will ich, seitdem mag ich die gar nimmer. (K6/ Zeile 141-146)

Aufgrund der Probleme kommt von dem Mädchen sogar explizit der Wunsch nach einer Ansprechperson außerhalb der Familie.

„Ich will nicht, dass es irgendjemand von der Familie ist! (weint) z.B. jetzt wenn ich (Kommt es?) in der Familie jemand sage, dann lachen die immer da drüber.“ (K6/ Zeile 199-200)

Andere Kinder weinten im Interview nicht. Ein Junge erwähnte, dass er manchmal nachts weinte. Denn er wollte nicht, dass irgendjemand es mitbekommt. Der Grund dafür war, dass er seine Mama vermisste.

„Eigentlich wenn ich weine, dann weine ich so, dass keiner mich sieht. Weil ich will da nur alleine weinen. Ich will halt nicht, dass die Schwestern sehen, dass ich weine. Außerdem hat mich keine getröstet, hat ja auch keiner gesehen, dass ich geweint habe. Das war ja in der Nacht, wo ich traurig war. Wo meine Mama weg war.“ (K3/ Zeile 389-393)

5.4 Die Welt der Eltern

5.4.1 Belastungen und Entlastungen

Während der Gespräche mit den Kindern kam auch so manche Mutter zu Wort. Was sehr stark auffiel war, dass diese zum Thema „Humor und Lachen“ beziehungsweise meinen vorbereiteten Fragen weniger zu sagen hatten als zu den Belastungen, welche sie tagtäglich beschäftigen.

So vermittelten zwei der vier sich zu Wort meldenden Mütter ganz klar eine Grundstimmung, dass besonders die Belastungen in ihrem Leben sehr viel beeinflussen. Nämlich, dass durch die Krankheit ihres Kindes und dessen Betreuungs- und Pflegeaufwand eine enorme körperliche, aber auch seelische Belastung für sie entsteht.

Wie stark die Belastung ist, scheint davon abzuhängen, wie viel Entlastung die Mütter von Pflegenden oder anderen helfenden Berufsgruppen erfahren. Denn solange das ein Kind einer dieser Mütter nach der Geburt noch im Krankenhaus war, beschränkte sich der Arbeitsaufwand der jungen Frau auf die Beschäftigung und das Sondieren von Nahrung ihrer Tochter. Nach der Entlassung war diese Mutter aber mit einem plötzlichen Mehraufwand konfrontiert, der sie bis zur Erschöpfung forderte.

„Ja genau! Nur sondieren, Beschäftigung war ich für sie, sonst war nix dabei. Wie ich dann heim gekommen bin, habe ich die Infusionen anhängen müssen, sondieren und die ganze Wäsche, weil sie hat ja 20 Stühle am Tag gehabt. Da habe ich die ganze Zeit nur gewaschen. Und dann die alltägliche Hausarbeit. Da ist zu viel zusammen gekommen. Nach zwei Jahren, hab ich dann nicht mehr gekonnt. Da war dann einfach der Tiefpunkt erreicht. Gott sei Dank ist es wieder bergauf gegangen.“ (M1/ Zeile 187-191)

Die Frau schaffte den Weg von diesem Tiefpunkt bis zur Besserung unter anderem dadurch, dass ihr eine Familienhilfe zur Seite gestellt wurde, welche sie abseits der medizinischen und pflegerischen Tätigkeiten im Haushalt entlastete. In einem informellen Gespräch nach dem

Interview bemerkte die Mutter außerdem, dass sie sich manchmal fragt, wenn sie im Kinderspital mit ihrer Tochter ist, weshalb sie selbst so viel von der Pflege übernimmt. Es scheint für manche Pflegende selbstverständlich zu sein, pflegende Eltern auch im Krankenhaus mit einzubeziehen. Sie gab mir zu verstehen, dass sie sich im Krankenhaus eigentlich wünschen würde, dass ihr diese Belastungen stärker abgenommen werden. Dass Mütter viel von der täglichen Pflege abnehmen, konnte ich über den gesamten Zeitraum meiner Beobachtungen feststellen.

Eine weitere Mutter gab an, dass sie aufgrund der Pflege ihres Sohnes zum Zeitpunkt des Interviews nicht arbeiten gehen konnte. Die gelernte Pflegende erledigte auch im Krankenhaus den Großteil der Pflege von Sonden und Kathetern (M2) an ihrem Jungen. Dieser gab auch an, dass er es bevorzugt, von der Mutter versorgt zu werden.

I: „Und hast du's lieber, wenn die Mama die Pflege macht?
IP: Ja!“ (K2/ Zeile 82-83)

Diese Mutter schaltete sich während des Interviews aber kaum ein und hatte auch kein so großes Mitteilungsbedürfnis, was mögliche Belastungen betrifft.

Die Mutter eines anderen Mädchens, öffnete sich mir sehr emotional, genauso wie ihre Tochter. Als ich ihr von den Problemen ihrer Tochter berichtete, brach sie in Tränen aus und meinte, die Welt nicht mehr zu verstehen. Auch sie erzählte in mehreren informellen Gesprächen über die Kommunikationsprobleme und sonstigen Schwierigkeiten mit ihrer Tochter. (K6 & M6; siehe Beobachtung 1.23). Zu den Belastungen zählte zunächst die Unsicherheit bezüglich der ausstehenden Diagnose des Kindes. Aber auch die Mehrfachbelastung durch eine große Familie, welche zu Hause darauf wartete versorgt zu werden und dem Gefühl, bei dem kranken Kind im Spital bleiben zu wollen und zu müssen.

5.5 Handlungsmöglichkeiten Pflegender betreffend Fröhlichkeit von Kindern

Weil für die Forschungsfrage besonders der humorvolle Umgang interessiert, wurde dieser näher fokussiert. *Fröhlichkeit* ist unter anderem ein Resultat von humorvollem Umgang. Im vorhergehenden Kapitel wurden Einflussfaktoren auf die Fröhlichkeit beschrieben. In diesem Kapitel werden Handlungsmöglichkeiten von Pflegenden vorgestellt, welche durch verstärkten Einsatz dazu führen können, dass die Fröhlichkeit eines Kindes gefördert wird.

Ich möchte aber auch betonen, dass nicht jedes Kind immer fröhlich sein möchte oder kann. Um herausfinden zu können, ob und welchen humorvollen Umgang ein Kind schätzt, widmet sich Teil 1 dieses Kapitels dem Schaffen der Voraussetzungen für einen humorvollen Umgang.

Wonach in Teil 2 konkrete Beispiele von Humorinterventionen, praktizierte oder gewünschte, vorgestellt werden.

5.5.1 Schaffen der Voraussetzungen für einen humorvollen Umgang

Es werden zunächst die Voraussetzungen für diesen Umgang erklärt. Diese ergeben sich im Wesentlichen daraus, dass auf verschiedenen Wegen versucht wird, zum Kind eine *Beziehung aufzubauen* indem auf verschiedene Arten ein etwas Lockeres, Leichtes in die Interaktion hineingebracht wird. Das gelingt Pflegenden mitunter, indem sie Bereiche finden, in denen sie eine *persönliche Dimension* zum Kind aufbauen können. Auch durch die Erfüllung der drei erst genannten Grundbedürfnisse *Ehrlichkeit, Vertrauen und Sicherheit* werden Voraussetzungen geschaffen, sodass beim Anwenden von humorvollen Äußerungen oder Aktivitäten diese auch vom Kind verstanden und etwas Positives auslöst wird. Wie sich aber herausstellte, wurden die von den Pflegenden berichteten Voraussetzungen sogar oft durch so manche Humorintervention herbeigeführt.

Beziehung aufbauen

Eine notwendige Voraussetzung für einen *humorvollen Umgang* wird dann geschaffen, wenn es der Pflegeperson gelingt, zum Kind eine Beziehung aufzubauen. In diesem „Beziehungsaufbau“ sind bereits viele Elemente von einem humorvollen Umgang enthalten. Man kann also sagen, der Weg dorthin führt unter anderem auch über Humor. Dennoch sind die Voraussetzungen als Grundgerüst zu sehen, auf welches der Einsatz von Humor aufbauen kann.

Wie das Aufbauen einer solchen Pflegenden-PatientInnen-Beziehung vor sich gehen kann, wird anhand eines Beispiels geschildert. Wenn ein Kind neu auf eine Station kommt, lernen sich Pflegende, Kinder und Eltern erst einmal kennen. Eine Befragte betont, dass sie immer vor den Eltern zuerst das Kind begrüßt. Die meisten der Pflegenden stellen sich „nur“ mit ihrem Vornamen vor und lassen die „Schwester“ weg.

„Was natürlich ganz wichtig ist, das allererste was ich sage, ich gehe hin und gebe ihm die Hand. A immer zuerst dem Kind und sage: „Hallo, ich bin die Ida. Und wer bist du?“ Ich sag auch nie, ich bin die Schwester Ida. Ja und dann schauen die (macht ein „Hm“-Geräusch) und verstecken sich hinter der Mama.“ (P2/ Zeile 510-514)

Bei dieser ersten Begegnung versucht so manche Pflegende, dem Kind sofort ein Stück der Scheu vor dem Krankenhaus zu nehmen. Man will dem Kind zeigen, dass es nicht so schrecklich ist und es hier auch fröhlich sein kann. Eine InterviewpartnerInnen erzählt von ihrem Vorgehen:

„Aja, begrüßen wir uns erst einmal, stellen wir uns gegenseitig vor, das ist klar. I frag immer gern aus, a die Kinder. Wo sie her sind, was – ja, es kommt a, welche Nationalität sie haben. Ja dann mach i scho meine Späßchen a, wenn sie von der Schule dann erzählen. Was ihre Lieblingssachen sind, ob sie Haustiere haben. So dass man die Sache auflockern kann.“ (P3/ Zeile 181-185)

Ein spezielles Herangehen erfordern jene chronisch kranken Kinder, welche schon schreiend ins Krankenhaus kommen. Immer wieder kommt es vor, dass ein Kind von einem früheren Krankenhausaufenthalt so traumatisiert ist, dass es niemanden so schnell an sich heran lässt. Auf einer Station erzählen mehrere InterviewPartnerInnen von einem besonders schwer traumatisierten Jungen, der wegen einem rezidiven Tumors behandelt wurde. Seine Traumatisierung ist in einem Spital in Osteuropa entstanden. Die Behandlung, bei der er ständig gestochen wurde, war zu aufwändig und belastend für den etwa Vierjährigen. Eine Pflegende stellt fest:

„Der lässt niemanden mehr an sich ran. Würde ich ja auch nicht. Wenn man immer einen Pieks bekommt, würde ich auch keinen mehr an mich ran lassen!“ (P1 / Zeile 367-369)

Eine andere Pflegende erklärt, dass sie bei einer solch erschwerten Situation des Kennenlernens zunächst gar keine pflegerischen Handlungen durchführt. Stattdessen zeigt sie dem Kind etwas „Positives“, wie das Spielzimmer:

„Dann sage ich: „Du, wir gehen mal ins Zimmer, schaut dir erstmals das Zimmer an. Dann zeige ich dir das Spielzimmer.“ Wenn sie diese Umgebung schon sehen, von uns, mit den Bildern an der Wand, mit dem Spielzimmer, dann entzerrt sich schon vieles.“ (P3/ Zeile 134-137)

Bald nach dem ersten Kontakt findet auch das Pflegeerstgespräch statt, welches soweit wie möglich hauptsächlich mit dem Kind stattfindet. Doch je jünger ein Kind ist, bzw. je weniger es für sich selbst sprechen kann, umso mehr holt die Pflegeperson die notwendigen Informationen von den Eltern oder einem Elternteil ein. Ein Herausfinden des kindlichen Humors im Sinne einer Humoranamnese wurde nicht berichtet.

„Und auf dem Bogen für das Pflegeerstgespräch muss man auf alle Fälle das Kind fragen, warum es denn da ist. Ob es schon mal im Krankenhaus war, wenn ja in welchem. Und ich frage dann immer, wie war das. (Leise) „Gar net so schlimm im Krankenhaus“ [...] Dann fragen wir die Kinder, was essen sie gern, was dürfen sie nicht, was mögen sie nicht essen. Die meisten haben auch ein Stofftier mit dabei und dann frage ich: „ Und wer sitzt dir denn da auf dem Schoß?“ „Mein Teddybär“ Und dann frage ich: „Hat der auch einen Namen?“ (P2 / Zeile 386-390)

Trotz der netten Themen, welche Pflegende mit den Kindern austauschen und der lockeren Atmosphäre betonen sie auch, dass es wichtig ist, einen Mittelweg zwischen einem netten und lustigen zu einem strengen Umgang zu finden. Wenn es zum Beispiel um das Erfüllen der Aufsichtspflicht oder das ordentlich Halten des Zimmers geht, dann muss eine Pflegeperson

auch hin und wieder streng sein. Nämlich um den Respekt der Kinder zu haben und zu behalten.

Aber I muss dann a wieder schauen, dass' so bleibt, dass die a auf die hören, gell! Das darf ja net so sein: „Oh! Bei der und der Schwester kann i mir jenes und jenes erlauben, die ist ja so lustig (Lacht)!“ (P5 / Zeile 193-195)

Um nach dem ersten Kennenlernen und dem beginnenden Beziehungsaufbau auch eine weiterhin produktive Beziehung aufrecht zu erhalten, nennen Pflegende weitere vier wichtige Voraussetzungen dazu: eine persönliche Dimension, Ehrlichkeit, Vertrauen und Sicherheit. Sind diese erfüllt, steht in vielen Situationen einem humorvollen Umgang kaum etwas im Wege.

Persönliche Dimension schaffen

Ähnlich wie beim Beziehungsaufbau generell ist beim Schaffen einer persönlichen Dimension zwischen einer Pflegeperson und einem Kind das Nennen des Vornamens der jeweiligen Person etwas, was durch Individualität Nähe bringt. Pflegende schätzen es für ein Kind als hilfreich ein, wenn es den Namen einer bis vor kurzem unbekanntem Person kennt, um diese damit als Bezugsperson anzusprechen.

„Ja weil sie sehen da nicht irgendjemand in einem Kittel, sondern mich und meinen Namen dazu, das find ich wichtig! (P1/ Zeile 86-87)

Die meisten Pflegenden haben außerdem einen für kleine Kinder relativ leicht zu lesenden Namensbutton mit einem persönlichen Motiv wie z.B. einer Schnecke. Diesen Anstecker beziehen die MitarbeiterInnen bei verschiedenen Gelegenheiten mit ein:

„Bei den Kleinen würde ich meinen Anstecker herzeigen und miauen. Und dann fragen, „wo hast du denn deine Nase und deine Ohren?“ (P4/ Zeile 250-252)

In den Interviews wird viel davon gesprochen, dass beim Kennenlernen sowie in den verschiedenen Situationen im Pflegealltag, wie beim Bettmachen oder Erneuern eines Verbandes persönliche Gegenstände der kleinen Gäste sehr stark mit einbezogen werden. Eine Pflegende erzählt belustigt, wie es beim Bettmachen manchmal zu außergewöhnlichen Umständen kommt:

„Da hat der (Junge) gesagt: „Nein, das geht jetzt noch nicht, weil mein Stofftiere die schlafen noch. Weißt du, die waren die ganze Nacht wach, wegen dem Gewitter. Die brauchen jetzt noch ein bisschen Ruhe. [...] Und sie hat das Bett net machen dürfen. Der hatte einen ganzen Zoo dabei. Manchmal echt schrecklich wenn du da hunderttausend Stofftiere hast, die zuerst mal alle raus räumen und das Bett machen und dann wieder alle rein setzen.“ (P2/ Zeile 391-401)

Nach und nach versuchen Pflegende auch, die Interessen der Kinder durch Gespräche oder Beobachten ihrer Lieblings-Gegenstände als Möglichkeiten des Zeitvertreibs herauszufinden um sie bei Gelegenheit wieder mit einzubeziehen.

Eine persönlichere Dimension entsteht für das Kind auch dann, wenn Essenswünsche berücksichtigt werden. Eine Pflegende berichtet zudem noch, dass Sie für die Kinder gewisse Mindestanforderungen an die Optik der Speisen hat. Die Pflegende berichtet, wie sie Suppe nicht serviert haben möchte und zwar mit der Begründung:

„Das Auge isst mit! Ich finde es ganz unappetitlich, wenn der Zivi das Essen austellt und da gibt es so Suppenschüsseln. Und der tut dann den Löffel schon in die Schüssel nei! [...] Aber das find ich ganz wichtig. Abendessen tun wir a dann immer no, die Brote mit Salzstange nei stecken oder am Tellerrand drei vier Gummibärle oder so! Solche kleinen Dinge. (P2/ Zeile 646-649, siehe Abbildung 8)

Auch die Kommunikation spielt eine große Rolle, um mit einem Kind eine persönliche Dimension herstellen zu können. Im Vergleich zu Erwachsenen ist die Kommunikation mit Kindern als Patienten generell einfacher verständlich und dem Alter angemessen gestaltet. Sie ist auch etwas lockerer und humorvoller und vor allem in Worten, die das Kind verstehen kann. So ist eine interviewte Pflegeschülerin erschrocken darüber, dass manche KollegInnen (jeglicher Berufsgruppen) oder Eltern von betroffenen Kindern nicht davon zurückscheuen, Kindern gegenüber Phrasen, wie: „Ja, du bekommst eine Chemo“ (P1/ Zeile 321) zu verwenden. Sie schildert das Problem folgendermaßen:

„Das Kind weiß weder, was eine Chemo ist, noch wofür. Kein Kind kann mit diesem Wort was anfangen! Außer mit, „meine Haare fallen aus“. Höchstens! Kein Kind kann dir den menschlichen Körper erklären, was da durchfließt, wie das alles funktioniert! Das geht einfach nicht! (P1/ Zeile 324-327)

Deswegen ist nach Meinung der Informantin immer und besonders in solch lebensentscheidenden Erfahrungen wie einer Chemotherapie in der Kommunikation eine kindgerechte Formulierung wichtig. Eben auch, um eine persönlichere, von Fachbegriffen ferne Sprachebene mit dem Kind zu finden. Was die Kommunikation und die persönliche Dimension betrifft, kommt auch der Humor oder das Lachen ins Spiel. Denn, wenn miteinander über gemeinsame Dinge, wie spontane Begebenheiten, lustige Sprüche, Szenen im Fernsehen oder anderes gelacht werden kann, wird Sympathie zueinander geschaffen und dadurch schneller eine persönliche Ebene gefunden.

„Es ist einfach so, wenn du mit jemand lachst, ist der dir automatisch näher und sympathischer.“ (P1 / Zeile 149-151)

Um einem Kind persönlich näher zu kommen, berichten InterviewPartnerInnen auch, dass es wichtig ist, im Kind Gefühle zu fördern. Was hierbei betont wird ist, dass es ganz klar ist, dass

ein Kind im Krankenhaus nicht immer lachen, sondern auch einmal weinen muss oder möchte. Pflegende erzählen davon, dass sie Kinder gerne dazu ermutigen, ihren Gefühlen freien Lauf zu lassen. Wenn es einem Kind nicht gut geht, ist es ratsam ihm zu verdeutlichen, dass es auch weinen oder schreien kann, wenn ihm danach ist. Es wird betont, dass Pflegende hingegen diese „negativen“ Gefühle nicht durch Humor in Form eines Späßchens oder einem dem Grund der Traurigkeit gegenüber rücksichtslosem Aufheitern überspielen sollen.

„Weil das sind auch Gefühle, die raus kommen dürfen. Da kann ich jetzt nicht mit Lachen und Humor das über spielen. Sondern ich muss den Grund wissen, warum ist das Kind traurig. Dann muss ich auch mich mit dem auseinandersetzen.“ (P3/ Zeile 305-307)

Ehrlichkeit vermitteln

Im Umgang mit (chronisch kranken) Kindern steht für die befragten Pflegepersonen über allem Ehrlichkeit. Wenn es etwa um Handlungen oder Eingriffe geht, welche beim Kind Schmerzen verursachen können, sind sich die InterviewPartnerInnen einig, darf nicht gelogen werden. So ist in jedem Fall davon abzuraten, dem Kind zu sagen, dass etwas nicht schmerzt, wenn es möglicherweise doch Schmerzen verursachen könnte. Denn, wenn es aber schmerzt, ist nach Aussage einer Pflegenden Folgendes zu erwarten:

Ich kann nicht sagen, wenn ich an ihm irgendwas mache, wie z.B. falls ich jetzt nur ein Pflaster wechsele, „das tut nicht weh“. Weil manchen Kindern tut einfach ein Pflasterwechsel weh! Da gehört die Ehrlichkeit, denke ich an erster Stelle! Für das Vertrauensverhältnis. Dass man ehrlich ist zu den Kindern, ja! (P3/ 281-285)

Kinder erwarten nicht nur die Ehrlichkeit von ihrem Gegenüber, in dem Fall hier von einer Pflegeperson. Je jünger ein Kind ist, desto ehrlicher sind seine eigenen Aussagen. Eine Interviewpartnerin berichtet davon, wie ein zehnjähriger Junge Ehrlichkeit zum Ausdruck bringt.

„Ja, das hat dann so, richtig nett spontan gesagt! (Lacht) Die schaut wie eine Oma aus!“ (P5/ Zeile 597)

Vertrauen aufbauen

Sehr eng an die Ehrlichkeit ist das Vertrauen geknüpft, oder anders gesagt zwei Voraussetzungen, die Hand in Hand gehen und kaum ohne einander anzutreffen sind.

„Weil du brauchst nix verschönern. Weil wenn du das machst, dann hast du schon wieder dein Vertrauen verloren. Wenn du sagst: „Es tut nicht weh“ und dann tut es ja doch weh!“ (P5/ Zeile 816-818)

Genau zu wissen, was eine Schwester an einem Kind machen wird, bevor sie mit der Handlung anfängt, hilft dem Kind, etwas Vertrauen zu gewinnen. Wenn ein Kind ohnehin große Angst vor

verschiedenen Eingriffen oder Handlungen hat, schöpft es durch das Einbezogen werden und die Information Vertrauen.

„Was auch ganz wichtig ist, wenn ein Kind Angst hat, ist es ihm zu erklären, was gemacht wird. Das ist ganz ganz wichtig.“ (P2/ Z.93-95)

Bis Kinder dieses Vertrauen aber tatsächlich auch gefasst haben, können nach Konsens der befragten Pflegenden in der Regel um die drei Tage vergehen. Sehr offene Kinder, oder jene mit guten Erfahrungen, schöpfen noch früher Vertrauen. Jene die von früheren Krankenhausaufenthalten schwer traumatisiert sind, viel später.

„Und wir erleben das ja auch, dass dann nach ein paar Tagen, die Kinder dann Vertrauen zu ins haben.“ (P3/ Zeile 117-118)

Eine Schwester mit 25 Jahren Berufserfahrung gesteht dazu ein, dass sehr junge KollegInnen, welche selbst noch SchülerInnen sind, viel schneller das Vertrauen der Kinder gewinnen können. Den Grund dafür sieht sie auch darin, dass jene selbst noch viel kindlicher und spaßiger sind. SchülerInnen werden von den Kindern oft als die von der „guten Seite“ wahrgenommen. Denn es kommt bei ihnen oft vor, dass sie sich mit angenehmeren Angelegenheiten an die PatientInnen wenden. Hier ist hinzuzufügen, dass die Pflegende ausdrücklich betonte, dass sie deswegen jüngere KollegInnen nicht als Konkurrenz empfindet. Viel eher sieht sie es als etwas, *„was andere vielleicht besser können“ (P5/ Zeile 806).*

„Sind ja selber auch noch so in dem Alter wo man gern mit den Kindern Späße macht. Die erhaschen sich dann eher auch so bald so das Vertrauen, als wie wir. Die sind von der guten Seite!“ (P5/ Zeile 800-802)

Eine andere Kollegin mit ähnlich langer Berufserfahrung spricht davon, dass Pflegende beim Kind schnell in die Rolle der „Bösen“ geraten.

Und wenn natürlich die Kinder kleiner sind und die Mama mit aufgenommen ist. Dann ist immer die Gefahr, dass man die in Anführungszeichen „Böse“ ist. (P3/ Zeile 115).

Eine vergleichsweise junge Interviewte, welche zum Zeitpunkt des Interviews im zweiten Ausbildungsjahr war, berichtet über ihren Zugang zu den Kindern, dass sehr offene Kinder teilweise sehr schnell mit Pflegepersonen lachen:

„Ich glaube, sie lachen erst mit uns, wenn sie entweder echt ganz offen sind (!), oder wenn sie uns vertrauen. Sonst dauert das. Müssen immer erst auftauen, dauert ein bisschen.“ (P1/ Zeile 285-286)

Sicherheit geben

Wiederum eng an das Vertrauen gekoppelt ist Sicherheit, eine weitere Voraussetzung für Humor. Sicherheit empfindet das Kind durch verschiedene Arten. Zum einen, wie oben, wenn

es weiß was an ihm gemacht wird, und auch dass es nur mit seinem Willen geschieht. Eine Pflegeperson beschreibt die Zusammenhänge so:

„Und die Sicherheit ist es, das was ich auch vorhin gesagt habe: das Vertrauen, dass ich an ihm nur etwas mache, was ich vorher mit ihm besprochen habe!“ (P3/ Zeile 399-401)

Zum anderen stärkt das Beisammensein mit Familienmitgliedern und vertrauten Personen das Sicherheitsgefühl beim Kind. Der häufige Besuch ist außerdem für die Genesung und das allgemeine Wohlbefinden des Kindes sehr wichtig.

„[...] Wenn ein Kind operiert wird, und ganz allein da ohne Eltern und so, und kriegt nur so sporadisch Besuch, oder ganz wenig. Für das Kind, a für die Genesung und die Entwicklung ist des net guat.“ (P5/ Zeile 116-118)

In der Kinderkrankenpflege ist es häufig der Fall, dass Eltern sehr stark in den Pflegeprozess einbezogen werden. Pflegende berichten, Eltern chronisch kranker Kinder sind die tägliche Pflege ihres Kindes gewöhnt und damit vertraut. Auch zwei Mütter von Kindern mit chronischen Krankheiten berichteten davon und zeigten während des Interviews, wie sie ihr Kind im Krankenhaus über die PEG Sonde mit Nahrung versorgen oder wie sie die Körperpflege ihres Kindes übernehmen (K1 und K2).

Besonders alle Pflegehandlungen, welche die Intimsphäre betreffen, wie waschen oder Temperatur messen im After, wird von der Pflege wenn möglich abgegeben oder besonders behutsam durchgeführt. Pflegende geben die Tätigkeiten an Eltern oder nach Möglichkeit an das Kind selbst ab, je nach Alter und nach Wunsch.

„Wir versuchen auch, wenn wir wissen, dass die Eltern kommen, immer zu fragen: „Möchtest du lieber von Mama oder Papa geduscht werden“. Die meisten machen das dann auch. Aber wenn die selten kommen, machen wir das. Oder wir leiten das dann an, oder versuchen, dass der andere Patient oder seine Eltern dann halt nicht zuschaut oder da sind. Je nachdem wie alt das Kind ist, sagen, wasch du doch den Popo selbst, man versucht da schon die Intimsphäre zu wahren. Aber klar, den Kleinkindern ist das ja egal.“ (P4/ 300-307)

Manche Kinder werden aus verschiedenen Gründen weniger stark von ihren Eltern betreut und besucht. Wenn Eltern nicht so oft kommen können oder möglicherweise auch wollen, wird von den Pflegenden vermehrt auf „solche Kinder“ Acht gegeben, ihnen Beschäftigung oder Besuch verschafft. Verschafft in dem Sinn, weil Pflegende oft selbst nicht ausreichend Zeit zur Verfügung haben, sich zu jedem Kind längere Zeit zu setzen, „nur“ um Zeit mit ihm zu verbringen.

„Weil wir sind froh, wenn wir unsere Sachen gearbeitet kriegen. Aber dass man da sich dann noch eine halbe Stunde sich hinsetzt und mit dem Kind spielt! [...] Ne, das geht gar nicht! Von dem her sind wir schon sehr daran interessiert, dass die Eltern da sind. Oder der Besuchsdienst, oder die Oma, der Opa.“ (P4/ Zeile 416-418; 420-421)

Deswegen wird von Pflegenden versucht, andere Möglichkeiten der Gesellschaft für Kinder aufzutreiben. Einerseits, um ihnen die nötige Sicherheit zu bieten, andererseits um gegen die Langeweile anzukämpfen.

5.5.2 Die Gestaltung eines humorvollen Umgangs aus einem Repertoire aus Humorinterventionen

Neben dem Schaffen der Voraussetzungen zur Befriedigung der Grundbedürfnisse sind Humorinterventionen konkrete Möglichkeiten, die Fröhlichkeit eines Kindes zu fördern und zu beeinflussen.

In diesem Kapitel wird eruiert, welche Humorinterventionen von den befragten Kinder Pflegende eingesetzt werden. Weiter zeigt der Perspektivenwechsel, welche Interventionen tatsächlich von den befragten Kindern wahrgenommen und welche vermisst werden. Aus der Zusammentragung der verschiedenen Perspektiven zu Humorinterventionen soll ein Repertoire geschaffen werden, welches die Handlungsmöglichkeiten der Pflegenden zur Beeinflussung der Fröhlichkeit von Kindern erweitert.

Humorinterventionen der Pflegenden

Um zu ermitteln, in welcher Form verschiedene Arten von Humor in Zusammenhang mit der Pflege von Kindern auftreten, werden in diesem Kapitel praktizierte Humorinterventionen Kapitel vorgestellt. *Grafik 1* zeigt (siehe nächste Seite) verschiedene Kategorien der Humorinterventionen von Pflegenden. In der Grafik links sind jene, die eng mit Humor oder Lachen verknüpft sind. Diese ersten vier Kategorien werden mit dem Überbegriff „*Aktionen setzen*“ versehen. Während jene beiden, welche rechts stehen mit „*Anstöße geben*“ bezeichnet werden. Diese haben den geringsten direkten Einfluss darauf, dass der Humor angesprochen wird und Kinder deswegen lachen.

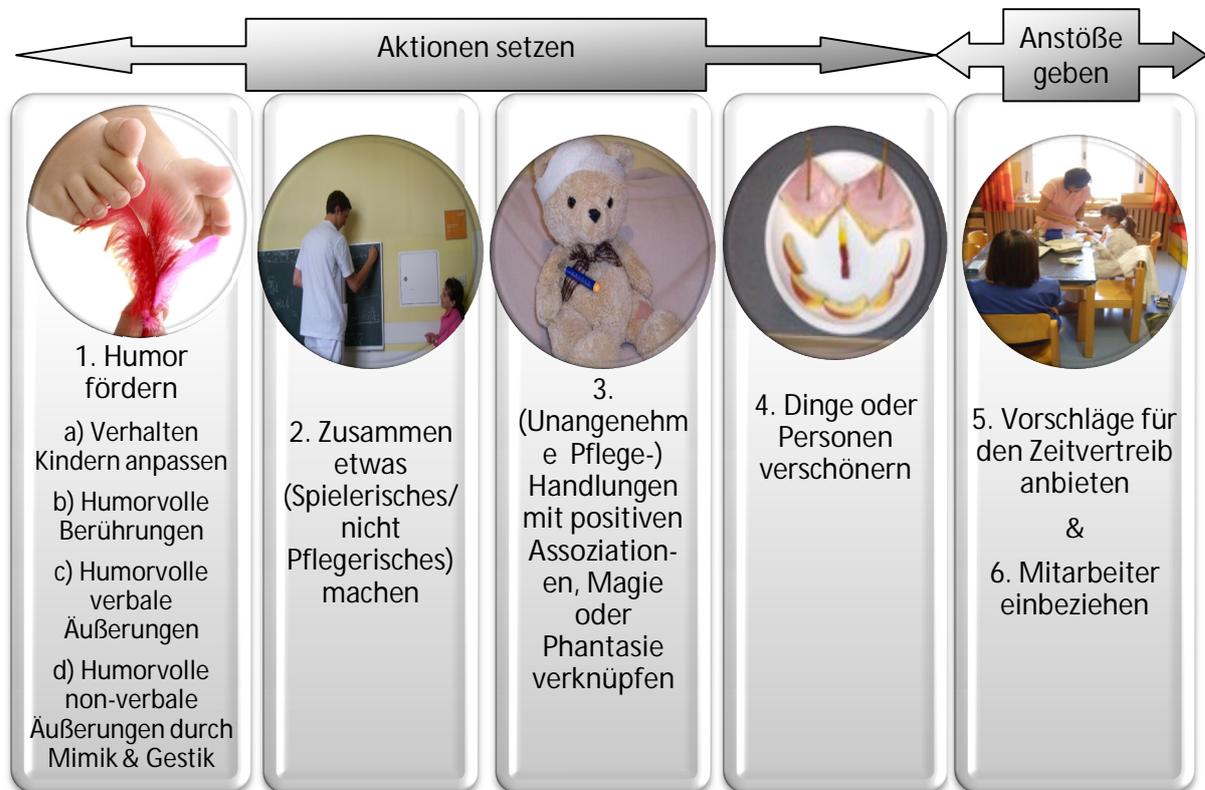
1. Humor fördern

Pflegende berichten über Interventionen womit Humor gefördert werden kann. Sie wurden vier Mustern zugeordnet:

a) Verhalten Kindern anpassen

Wenn Pflegende ihr Verhalten den Kindern anpassen, dann bedeutet dies, dass sie einen Umgang wählen, der manchmal ein bisschen weniger der Erwachsenen-Norm entspricht. Genauer gesagt bedeutet es, dass sie sich sogar absichtlich manchmal dumm oder unwissend stellen, um die Kinder zu unterhalten und sie zum Lachen zu bringen, einfach um etwas Leichtes, Unbeschwertes hinein zu bringen. Auch kann man darunter verstehen, dass

Pflegende mit Kindern „Quatsch“ (P1/ Zeile 30) oder „Schmarrn“ (P5/ Zeile 643) machen sowie, dass man sich gegenseitig in einer heiteren Situation im übertragenen Sinn „auf den Arm nimmt“ (P5/ Zeile 399).



Grafik 1: Humorinterventionen der Pflegenden (Abbildungen von Punkt 2, 4 und 5 sind Fotos der Untersuchung; von Punkt 1 und 3 aus dem Internet)

b) Humorvolle Berührungen

Als humorvolle Berührung nennen die Pflegenden immer wieder das Kitzeln von Kindern, wodurch sie hauptsächlich Kleinere zum Lachen bringen: „Ja klar, mal zu kitzeln oder so!“ (P4/ Zeile 210).

c) Humorvolle verbale Äußerungen

Humorvolle verbale Äußerungen tätigen Pflegenden in Form von Witzen oder Scherzen, humorvollen Aussprüchen mit einem Augenzwinkern oder wenn sie mit PatientInnen „shakern“ (P4/ Zeile 208).

Aber nicht nur was gesagt wird, sondern auch wie die Stimme eingesetzt wird, erzeugt eine humorvolle Stimmung. So verstellt so manche Pflegenden auch gerne beim Reden ihre Stimme höher oder tiefer oder macht einen Tierlaut nach, was bei den Kindern gut ankommt. Etwa wenn ein Kind aufgrund eines Operationsschnittes am Bauch nicht lachen kann, weil es weh tut. Die Pflegenden bitten alle ganz ernst, auf keinen Fall zu lachen und wegen diesem Kind ernst zu sein. Dann lachen die Kinder trotzdem und die Pflegenden meint, je öfter das Kind trotzdem

lacht, desto schneller hört es zu schmerzen auf. Genauso wie Kinder es sehr schätzen, wenn beiläufig ein Kinderlied gesungen wird.

„Lustig finden sie auf alle Fälle, wenn irgendeine Schwester da ist, die „Benjamin Blümchen“ oder das „Bibi Blocksberglied“ nachsingen kann. Das finden sie lustig.“ (P2/ Zeile 180-182)

d) Humorvolle non-verbale Äußerungen durch Mimik & Gestik

Wenn die Sprache wegfällt, weil eine gemeinsame fehlt, kann ein Lächeln ein wichtiges in allen Kulturen verständliches positives stimmungsaufhellendes Signal sein. Eine Pflegende beschreibt es so:

„Ich glaube, wenn du einen Witz reißt, und sie versteht dich einfach von der Sprache her nicht, dann versteht sie es nicht. Aber ich glaube, man kann mit einem Lächeln so viel ausmachen. Gut, du hast jetzt halt keinen Witz gemacht, aber du hast sie zum Lächeln gebracht!“ (P1/ Zeile 120-124)

Eine andere Form, um Humor durch Mimik und Gestik auszudrücken sind Grimassen. Eine Pflegende überrascht Kinder gerne zwischendurch durch ein lustiges Gesicht, welches sie hinter dem Vorhang der Zimmertür zeigt. Denn die Pflegende möchte Interesse zeigen, worüber hinaus sie auch denkt, dass eine lustige Einlage wie die folgende, den Kindern gut tut:

„Erstens, weil I die Kinder mal sehen will! Zweitens, weil .. weil es denen vielleicht gut tut, weil sie's lustig finden. Gerade so mit den Vorhängen bei uns, wo man so kurz durchschauen kann. Einfach mal lachen, eine Grimasse ziehen und weiter geht es. Das ist meine Natur, i mach das einfach.“ (P2/ Zeile 166-170)

2. Zusammen etwas machen

Die Pflegenden sprechen außerdem davon, dass sie außerhalb der pflegerischen Tätigkeiten mit den Kindern zusammen etwas machen. Wenn miteinander gespielt wird dann wird am ehesten in einer freien Minuten einmal eine Runde Tischfußball oder Verstecken. Es wird außerdem berichtet, dass über das gesamte Jahr hinweg Feste wie Geburtstage, Ostern, Weihnachten oder Halloween zelebriert werden. Man feiert mit der Begründung, dass es für Kinder nicht so leicht ist, besondere Anlässe im Krankenhaus zu verbringen. Also wird versucht, diese möglichst persönlich zu gestalten:

„Wenn ein Kind Geburtstag hat, und es im Krankenhaus ist, kommt ja leider Gottes auch vor. Dann tun wir immer das Zimmer dekorieren, das macht meistens der Nachtdienst, wenn dann das Kind in der Früh aufwacht dann hängen wir Luftballons an den Infusionsständer, und oben an die Lichtleiste machen wir so Luftschlangen fest, dann kriegt es ein Geschenk natürlich. [...] Ja, kommt gut an, net unbedingt, dass sie es erwarten.“ (P2/ Zeile 680-685; 694)

Wenn Pflegende etwas mit den Kindern machen, dann möchten sie auch die kindliche Welt besser kennen lernen. Ein wesentlicher Vorgang, um dort hin zu kommen sind Gespräche.

Nach Aussagen der Pflegenden spricht man miteinander über die Interessen der Kinder, ihre Hobbies und Kuscheltiere sowie über Figuren und Stars aus dem Fernsehen.

3. (Unangenehme Pflege-) Handlungen mit positiven Assoziationen, Magie oder Phantasie verknüpfen

Ein weiterer wichtiger Baustein im humorvollen Umgang ist, (*Unangenehme Pflege- Handlungen mit positiven Assoziationen, Magie oder Phantasie zu verknüpfen*). Die Begründung dafür ist, dass durch diese positiven Assoziationen beim Kind eine Umwandlung stattfinden kann. Diese Interventionen helfen der Pflegenden und dem Kind, dass bei der Versorgung eine bessere Zusammenarbeit entsteht. Eine Pflegende beschreibt, wie sie die Handlungen mit positiven Assoziationen und viel Phantasie verknüpft:

„Ich versuche mir immer eine spielerische Situation auszudenken. Oder, erzähle halt, Otto möchte das wissen. Irgend so einen Schmarrn halt den Kindern. Du kannst so vieles mit Phantasie erreichen! Mit ihnen spielen, eine Mission draus machen, eine Schnitzeljagd, irgendwas. Hauptsache sie machen dann, was sie sollen. Sie checken dann gar nicht mehr so richtig, was sie machen.“ (P1/ Zeile 41-46)

Die Interventionen in diesem Zusammenhang sind sehr vielseitig:

Wenn ein Verbandswechsel bei kleineren Kindern Unbehagen auslöst, gehen die Pflegenden dazu über, vor oder nach dem Wechsel am Kind, auch dem Kuscheltier einen Verband anzulegen. Dann wird auch das Kind dazu aufgefordert, es selbst am Stofftier und schließlich an sich selbst zu versuchen und mitzuhelfen.

Oder etwa wenn Kindern die Medizin nicht schmeckt, wird diese in einem Fruchtsaft aufgelöst dann gegeben. Pflegende ziehen die Medizin auch manches Mal in eine stumpfe Spritze auf. Sie berichten, dass Kinder es gerne bevorzugen, die Flüssigkeit aus dieser Spritze aufzusaugen. Wenn Kinder zur Operation vorbereitet werden, dann verkauft so manche Pflegende die unangenehm riechende Prämedikation als „Einschlafsaft“, beziehungsweise größeren Kindern als „Klinikschnaps“.

„Die Prämedikation, das schmeckt ja eigentlich gar net. [...] Furchtbarer Nachgeschmack. I sag dann immer zu den Großen, oder so den 10 Jährigen, die finden das dann ganz geil! „Das ist jetzt unser Klinikschnaps, den darfst du jetzt so runter trinken, so runter schütten, wie der Papa!“ (P5/ Zeile 491-495)

Eine andere Form des *Verknüpfens* spielt sich im *magischen* Bereich ab. Pflegende bezeichnen Medizin auch als Zaubertrank, wodurch sich die Kinder für ihre Träume etwas wünschen können. Um das Kind abzulenken, fragen Pflegende während einer Pflegehandlung, ob es einen Zauberspruch kennt. Dann kann es vorkommen, dass bis das Kind einen solchen weiß, bereits alles vorbei ist. Wenn Pflegenden magische Elemente einbauen, dann um die Aufmerksamkeit auf anderes zu richten.

Pflegende wenden auch oft die Methode an, Handlungen oder Personen eine neue Bezeichnung zu geben. So werden OperationsmitarbeiterInnen als „Marsmännchen in Grün“, Inhalieren als „gute Laune Luft einatmen“ oder Infusionen mit einer „Tankstelle zum Benzin Tanken“ verglichen.

Ein weiteres wichtiges Prinzip des *Verknüpfens mit positiven Assoziationen* ist das Anbieten von Belohnungen und Lob, während oder nach einer Behandlung. Dann kommt die sogenannte „Belohnungs-, Tapfer- oder Tröstekiste“ zum Einsatz. Aus dieser dürfen sich die Kinder einen kleinen Gegenstand aussuchen (siehe Kapitel 5.2.2).

4. Dinge oder Personen verschönern

Ebenso fällt das *Verschönern von Dingen oder Personen* in das Repertoire an Humorinterventionen der Pflegenden. Neben der kunstvollen und bunten Gestaltung der Umgebungen an Wänden, Fenstern und Türen werden auch Dinge, die in die Versorgung eingebunden sind, verziert und optisch aufgewertet. Pflegende berichten davon, einen mehrfarbigen Stift dazu einzusetzen, Pflaster, Verbände, Infusionsständer oder anderes Pflegebezogenes mit persönlichen Motiven wie beispielsweise Blumen, Sonnen, Bienen oder Lachgesichtern zu bemalen. Eine Pflegende ist der Meinung, dass dies auch wie ein Placebo Effekt Schmerzen lindern kann:

„Zwei Farben sollte man immer eingesteckt haben. Dann kann man da z.B. das Pflaster bemalen. Dann tut es auch schon nimmer so weh!“ (P3/ Zeile 96-98)

Eine andere Begründung für das bunte Gestalten dieser Dinge ist die große Begeisterung der (eher kleineren) Kinder über kleinen angebrachten Zeichnungen. Wenn die Verzierungen ihnen gefallen, dann äußern PatientInnen auch Wünsche, Pflaster nach dem Wechsel zu behalten oder sie machen Vorschläge für neue Motive:

„Und male dann auf das Pflaster, wenn man fertig ist ein Auto drauf, oder ein Haus, oder eine Biene. Das nächste Mal wollen sie das Pflaster dann auch aufgehoben haben, oder dass man dann was anderes malt! Aber das ist ja so bei den recht Kleinen. Bis drei oder so!“ (P4/ Zeile 319-322)

Während früher oftmals Gummihandschuhe aufgeblasen und verschönert wurden, geschieht dies heutzutage eher mit Luftballons. Die neuen latexfreien Handschuhe verhindern aufgeblasen zu werden. Luftballons werden als Belohnung, zum Trösten oder zur Verzierung bei Festen verteilt. Wie oben bereits erwähnt, werden im Kinderspital auch Feste miteinander gefeiert, wofür die Station oder einzelne Räume dekoriert werden. Etwa, wenn in der Vorweihnachtszeit Adventkalender aufgehängt werden.

Nach Auskunft der Pflegenden werden manchmal auch Lebensmittel und Mahlzeiten besonders hübsch drapiert (siehe Abbildung 8) und daraus ein lachendes Gesicht geformt. So wird aus einem Apfel auch einmal ...

„So a Apfelschifferl. Na i mach dann einfach nur einen Apfel Schnitzen praktisch und wenn du den anschupst, dann schaukelt er a so!“ (P2/ Zeile 653-655)

Es wird aber auch darauf geachtet, dass die PatientInnen hübsch hergerichtet werden. Dann bekommen die Mädchen eine besondere Frisur oder die Buben ein Lieblings-Shirt angezogen.

„Oder, wenn wir Haare waschen, machen wir danach natürlich eine besondere Frisur, dann kommt da ein Flechtezopf hin, oder wir ziehen uns ein schönes T-Shirt an, weil dann sind wir ja wieder frisch.“ (P1/ Zeile 237-240)



Abbildung 8

5. Vorschläge für den Zeitvertreib anbieten

Wenn Pflegende aufgrund der knappen Zeitressourcen nicht die Möglichkeit haben, aktiv mit Kindern Aktionen durchzuführen und sie zu beschäftigen, *bieten* sie dennoch *Vorschläge für den Zeitvertreib an*. Dies fällt unter die Kategorie *Anstöße geben*. Wie und ob daraus eine humorvolle Situation entsteht, liegt dann mehr in der Umsetzung dieser Anstöße der Kinder. Bei diesen Vorschlägen werden entweder Möglichkeiten zur Selbstbeschäftigung aufgezeigt, oder Kinder miteinander in Kontakt gebracht. Um etwas zu finden, womit sich Kinder selbst beschäftigen, geht laut den Berichten die Pflegende mit einem Kind in das Spielzimmer und sucht nach CDs, DVDs, Büchern, Puzzles oder Spielen. Viele der Spiele sind in einem Schrank eingesperrt und müssen zuerst von einer autorisierten Person geöffnet und ausgehändigt werden. Pflegende machen auch Vorschläge, Bilder zu malen welche sie dann manchmal als Geschenk überreicht bekommen.

Wenn mehrere Kinder beschäftigt werden wollen, geben Pflegende auch den Ratschlag, dass miteinander Tischfußball gespielt werden kann. Kinder, welche ungefähr das gleiche Alter und Interessen für das Fernsehprogramm haben, werden abends in einem Zimmer zum Fernsehen zusammengebracht, sodass in anderen Zimmern geschlafen werden kann.

Es kommt auch vor, dass Kindern ein Kinobesuch ermöglicht wird. Pflegende legen in einer gemeinsamen Kasse zusammen, um Kindern, welche zum Beispiel besonders lange da sind, eine Freude zu machen.

„Oder ins Kino können's a manchmal gehen! [...] Wenn Schülerinnen Zeit haben, oder Zivis, sagt man: „Mensch is ja eh grad net viel los. Könnts ja da rüber gehen!“ Ja mei,

da hab ma a eine Gemeinschaftskasse. Das wird dann spendiert (lacht).“ (P5/ Zeile 258-266)

6. MitarbeiterInnen einbeziehen

Wie im letzten Zitat erwähnt, kommt es auch vor, dass Pflegende in ihre Arbeit MitarbeiterInnen einbeziehen. Die Tätigkeit der Pflegenden ist dann, den *Anstoß zu geben*, sodass andere Professionisten oder Personen tätig werden. Diese werden mit relevanten Informationen über den Zustand und die Grunderkrankung der Kinder versorgt. Die darauf folgende (Humor-) Intervention liegt dann im Tätigkeitsbereich der MitarbeiterInnen. Ein weiterer Interviewpartner, welcher früher einmal in der Behindertenpflege beschäftigt war, derzeit im Krankenhaus als freier Mitarbeiter die Kinder mit künstlerischem Arbeiten mit Ton beschäftigt, äußert sich zum Besuchsdienst und die Abgabe der persönlichen Zuwendung der Pflege an Ehrenamtliche oder andere MitarbeiterInnen folgendermaßen:

„[...] Dienst 8 Stunden lang und kriegt am Rande mit, dass irgendein anderer kommt, der dann ehrenamtlich den Behinderten, der den Hintern abgewischt hat, weil man ins Kino geht, oder spazieren geht, weil das kann ja die Pflege nicht leisten. So wie es heute strukturiert ist. Für das ist man dann froh, wenn man ein Ehrenamt hat. das heißt, es reduziert das Berufsbild sehr stark auf wirklich die ganz knallhart unangenehmen und notwendigsten Dinge! Und alles was dem ganzen Fleisch gibt, aufn Knochen. Dass man sagt, man hat mit Menschen zu tun, das wird dann ausgelagert. Da sagt man, ja da macht man Ehrenbürgerliches Engagement.“ (Künstler/ Zeile 1680-1689)

Unter den Personen, mit denen Pflegende zusammen arbeiten und die sie eng in die Betreuung und Beschäftigung der Kinder mit einbeziehen, sind drei andere Berufsgruppen und zwei Personengruppen ohne spezifischen beruflichen Hintergrund. Andere beteiligte Berufsgruppen wie PhysiotherapeutInnen, PsychologInnen, ÄrztInnen, PädagogInnen werden hier wegen Platzgründen nicht erwähnt.

- ❖ *ErgotherapeutInnen*: werden von Ärzten und Pflegenden wegen verschiedensten Gründen beauftragt, sich intensiver mit den PatientInnen zu beschäftigen. Darunter sind oft solche, welche besonders schwer wieder zurück zum Lachen finden. Aus dem Interview mit einer Mitarbeiterin dieses Berufszweiges stellten sich zwei Bereiche heraus, welche mit einem *humorvollen Umgang* in Verbindung stehen. In ihrer Arbeit dreht sich eine Kategorie an Humorinterventionen um *das gezielte fördern von Spielen und Lachen*. Ein wichtiger Faktor ist das Spielen im neutralen Raum, welcher sich etwas abseits der klinischen Umgebung befindet und den Kindern dadurch etwas Normalität verschafft. Die Ergotherapeutin strebt immer eine Aktivierung der oftmals traumatisierten Kinder an. Neben dem Spiel sind ist Ihre Methoden Gestaltung durch verschiedenste Mittel. Ihre Herangehensweise ist dabei oft gestellt kindlich und naiv. Die zweite Kategorie an

Humorinterventionen, auf welche sich die Mitarbeiterin in ihrem Berufsleben konzentriert, ist jene, *Kultur und Kreativität zu fördern*. Die Dame kümmert sich und treibt die Aktivitäten der Spitalseigene Kulturinitiative voran. Diese Gruppierung von Personen hat es sich zur Aufgabe gemacht, einmal wöchentlich eine besondere Attraktion für Kinder zu bieten. Dabei wird ein Kino, Konzerte, Aufführungen im Spital organisiert. Zudem werden Fotoprojekte und Ausstellungen mit Werken der Kinder ins Leben gerufen.

- ❖ *Erzieherin*: Die Pflegenden berichteten, dass sie die Erzieherinnen versuchen, alle Kinder mit einzubeziehen. Es würden von diesen bettlägerige Kinder und solche, die wenig Besuch bekommen aufgesucht und beschäftigt. In den Ferienzeiten, wo keine Erzieherinnen da sind, ist es für die Kinder langweiliger. Dann sehen sich die Pflegepersonen um so mehr in der Rolle einzuspringen, die Kinder zu beschäftigen und mit ihnen zu spielen.
- ❖ *Klinik Clowns*: Der einzig wesentliche Kontakt der Pflegenden mit den Klinik Clowns besteht darin, diese mit Informationen zu versorgen, welche Kinder den Kontakt mit ihnen wünschen oder welche aufgrund einer Operation nicht besucht werden sollen. Manchmal werden die Pflegenden in die Humorinterventionen der Klinik Clowns mit einbezogen.
- ❖ *Zivildienstler & PraktikantInnen*: Auf diese beiden Personengruppen entfällt laut Pflegenden viel aus dem Bereich Beschäftigung der Kinder. Nachdem diese verschiedene Erledigungen für die Pflegenden tätigten, beauftragten sie diese mit der Beschäftigung der Kinder.
- ❖ *Ehrenamtlich Besuchende*: Pflegende sorgten dafür, dass ein Besuchsdienst eingerichtet wird, wenn Kinder zu wenig Besuch bekommen. Ehrenamtliche Besuchende verbringen mehrere Stunden pro Woche mit einem Kind, für das sie zur Verfügung stehen. Bei den Kindern kommt das manchmal sehr gut, manchmal weniger gut an. Je nachdem wird der Dienst aufrechterhalten oder eingestellt.

Humorinterventionen der Pflegenden setzen sich aus sechs Kategorien zusammen, wobei vier davon durch „*Aktionen setzen*“ entstehen, zwei davon dadurch, dass „*Anstöße gegeben*“ werden. Welche Erfahrungen und Wünsche die Kinder bezüglich Humorinterventionen der Pflegenden haben und wie sich diese in die entstandenen Kategorien zu ordnen lassen, wird im nächsten Kapitel erläutert.

Erfahrungen der Kinder bezüglich Humorinterventionen

In diesem Kapitel möchte ich die *Erfahrungen der Kinder mit Humorinterventionen* den Aussagen der Pflegenden gegenüberstellen. In einem weiteren Schritt wird eine neue Grafik zu den *Wünschen nach bestimmten Humorinterventionen* vorgestellt. Die Ergebnisse können dennoch den Kategorien der Pflegenden untergeordnet werden. Die Aussagen der Kinder aus

den Interviews lassen sich so zusammenfassen, dass sie die Pflegenden grundsätzlich als freundlich wahrnehmen, manchmal auch als lustig und scherzend. Die Kinder berichten von der einen oder anderen Intervention, welche sie bei manchen Pflegenden erlebt haben.

„I don't remember anything that happened with nurses. I know they are very friendly. But I didn't remember anything that was funny with them. (K5/ Zeile 197-198) [...Later...] Yes sometimes I laughed. When some nurses made me laugh. Like they tell me a joke or stuff. Some do. (K5/ Zeile 215-216)

1. Humor fördern

Humor wurde hauptsächlich in der Form *gefördert* (1.) erlebt, dass Pflegende sich unwissend und tollpatschig stellten (a) oder dass sie Witze mit den Kindern machten (c). Bei diesen Scherzen war überraschend, dass ein Mädchen mit einer Pflegeschülerin über die Auswirkungen ihrer Krankheit lachen konnte. Nämlich über die Tatsache, dass sie aufgrund ihres Diabetes gewisse Lebensmittel nicht essen durfte.

2. Zusammen etwas machen

Wenn *zusammen etwas gemacht* wurde (2.), war das etwa, wenn Pflegende während ihrer Arbeit am Gang anhielten, um mit Kindern zu spielen. Und zwar dann, wenn Kinder bereits selbst mit einem Luftballon oder verstecken spielten. Es wurde auch berichtet, dass Pflegende, und noch öfter PflegeschülerInnen, mit den Kindern Tischfußball spielten. Zudem setzten sich letztere auch mit den Kindern hin, um Brett-, Würfel- oder Kartenspiele zu spielen. Genau das wurde von den Kindern sehr wert geschätzt, dass sich Pflegeschülerinnen mehr Zeit nehmen. Diese würden den persönlichen Kontakt suchen und sich mit ihnen beschäftigen. Sie kommen auch, wenn sie nichts Pflegerisches tätigen müssen. Es kam aber auch vor, dass Pflegende die Kinder in ihre Arbeit mit einbeziehen. Eine Patientin durfte helfen, als eine Obstbestellung gemacht wurde. Was sie persönlich sehr freute, weil sie gerne viel davon aß.

3. (Unangenehme Pflege-) Handlungen mit positiven Assoziationen, Magie oder Phantasie verknüpfen

Wenn von *schmerzhaften Behandlungen abgelenkt* wurde, dann dadurch, dass persönliche Fragen von einer Pflegeschülerin nach Hobbies oder Schule *positive Assoziationen* (3.) schufen. Es wurde auch wertgeschätzt, dass beim Blutzuckermessen mehrmals täglich die Hand gehalten wurde. Genauso wie die Patienten auch in positiver Erinnerung hatte, dass die Schülerin wusste, mit welchen persönlichen Fragen sie eine Ablenkung erzielen kann. Dies hängt scheinbar eng mit Kategorie 2. zusammen.

4. Dinge oder Personen verschönern (Keine Erfahrungen genannt)

5. Vorschläge für den Zeitvertreib anbieten

Was die *Vorschläge für den Zeitvertreib* (5.) anbelangt, stellten die Kinder sehr anerkennend fest, dass Pflegende meistens versuchten geeignete Beschäftigungen für sie zu finden. Zum einen merken die Pflegenden, wenn ein Kind traurig oder gelangweilt ist und Ablenkung angebracht ist. Zum anderen bemühen sich die Pflegenden oft erst dann darum, wenn ein Kind das Bedürfnis nach Beschäftigung geäußert hat. Dann gehen die Beiden ins Spielzimmer, wo die Pflegende nach einem Puzzle, einem Spiel, CDs oder DVDs suchen und den Kindern vorschlagen. Dann wird auch dafür gesorgt, dass Kinder mit den gleichen Interessen abends zusammen in einem PatientInnenzimmer einen Film sehen können. Oder dem Kind wird ein Thema vorgeschlagen, was gemalt oder gezeichnet werden soll, oder auch etwa, andere Kinder besuchen zu gehen. Eine andere Form des Zeitvertreibs ist, wenn Pflegende Kinder an die Computer in Stützpunkten oder Behandlungszimmern lassen. Dort dürfen sie spielen oder sich auf ausgewählten Internetseiten, zum Beispiel von Fußballclubs, umsehen.

Wünsche der Kinder bezüglich Humorinterventionen

Ich habe die Kinder auch danach gefragt, welche *Wünsche* oder Verbesserungsvorschläge sie für den Umgang der Pflegenden mit Ihnen hätten. So zeigt sich, dass manche Kinder relativ konkrete *Wünsche* haben, was Ausstattung und Aktionen der MitarbeiterInnen betrifft, welche in die Schublade *Humorintervention* einzuteilen sind.



Grafik 2: Wünsche der Kinder bezüglich Humorinterventionen

Aufgrund der wenigen Aussagen, maximal zwei je Kategorie, sind die Möglichkeiten der Verallgemeinerung dieser Auflistung in diesem Stadium stark limitiert.

Die Wunschvorstellungen, welche sich oberhalb als fünf neue Kategorien zusammensetzten, spielen sich innerhalb der drei Kategorien (2.), (4.) und (5.) der Aussagen von Pflegenden ab.

Bei den Kindern ist der Wunsch sehr stark, dass Pflegende *mehr Zeit* für sie zur Verfügung haben (Grafik 2: 1.).

„Dass sie halt mehr Zeit haben für einen. Muss man halt mehr einstellen, was sonst!“ (K6/ Zeile 611)

Ein Kind wollte sich unterhalten und eine *erwachsene Ansprechperson* haben, welche ihr zuhört, mit ihr malt oder lernt. Der Wunsch war, dass diese Person nicht aus dem eigenen Verwandtschafts-Kreis ist. Die Vermutung dafür liegt darin, dass dieses Kind mit ihren nahestehenden Personen etliche Probleme berichtete.

Ein weiterer Wunsch, welcher ebenso dem entspricht, dass Kinder *etwas* mit Pflegenden *machen* wollen, ist der Wunsch nach *Bewegung* (2.). Diese soll man durch kurze Ausflüge in den Hof bekommen, wo man *„auch frische Luft hätte“*. Ihren Bewegungsdrang möchten Kinder durch das auf den Gängen des Krankenhauses Herumlaufen ausleben.

„Im Krankenhaus laufen.“ (K1/ Zeile 320)

Kinder haben auch den Wunsch, dass *Dinge* wie Handschuhe durch Aufblasen und Anmalen *verschönert* (3.) werden. Dies könnten sowohl Ärzte als auch Pflegende machen.

Ein Kind hatte auch den Einfall, dass man das Aussehen der Pflegenden durch ein um den Hals umgehängtes großes „Peace“ Zeichen verschönern könnte (siehe Abbildung 1). Dieses Zeichen sollte dem Stethoskop von ÄrztInnen ähneln. Damit ist die Kategorie *„ein friedliches und positives Auftreten“* (1.) verbunden.

Wenn Kinder längere Zeit im Bett bleiben müssen, besteht der Wunsch dass sie mit Spielen aus dem Spielzimmer versorgt werden. Wenn ein Kind nicht aufstehen darf, möchte es von den Pflegenden vermittelt bekommen, dass Spielsachen und sonstigen Unterhaltungsmöglichkeiten auch ins Patientenzimmer gebracht werden können. Daraus ist der Wunsch nach einer *besseren Vernetzung mit dem Spielzimmer und der Erzieherin* (4.) der Pflegenden abzulesen. Kinder haben auch konkrete *Vorschläge für den Zeitvertreib*. Sie haben den Wunsch nach einem *„guten CD-Player oder DVD-Recorder im Zimmer“* (K7/ Zeile 104), und nach Internet auf einem Computer im Spielzimmer. Dies kann man als Wunsch nach mehr und besserer *technischer Ausstattung* (5.) bezeichnen.

5.6 Die Rolle der Pflegenden

In diesem Kapitel erfolgt eine Gegenüberstellung von den Wahrnehmungen verschiedener Personen von der Rolle und der Art des Auftretens der Pflegenden. Daraus geht hervor, welche Rolle Pflegende sich selbst und ihrem Berufsstand zuordnen. Und zwar auch welche Rolle in ihrem Beruf ein *humorvoller Umgang* mit den PatientInnen hat. Sie äußern sich auch dazu, was sie glauben, wie Kinder sie in dieser Angelegenheit sehen. Dann werden diese Selbsteinschätzungen den Ansichten der Kinder über die Pflegenden und den

Erwartungshaltungen an diese gegenübergestellt. Oft gehen die Erwartungen der Kinder damit einher, wie sie ihre *Lieblingsschwester* beschreiben. Auch einige Eltern geben an, wie sie die Pflegenden wahrnehmen und was sie sich von ihnen wünschen würden.

5.6.1 „Kinderkrankenschwester!“ – Berufs- und Rollenverständnis der Kinderkrankenpflege

Wer sich für den Beruf „*Kinderkrankenschwester*“ oder „*Kinderkrankenpfleger*“ entscheidet, tut das auch meist deswegen, weil sie oder er die Pflege von Kindern im Vergleich zu der von Erwachsenen oder Hochbetagten bevorzugt. Die befragten Pflegenden nehmen aus beruflicher oder privater Erfahrung die Pflege Erwachsener ganz anders wahr, als den Ihrigen. Was macht also das Feld der Kinderkrankenpflege für die Berufsvertreter anders als jenes, in dem Erwachsene Personen gepflegt werden?

Es handelt sich um zwei Eckpunkte: Erstens den andere Umgang, welche Pflegenden mit Kindern als PatientInnen an den Tag legen müssen, ein besonders einfühlsamer aber auch humorvoller Umgang.

Was für Kinderkrankenpflegende ganz klar auch zu ihrem Berufsbild gehört, ist ein einfühlsamer Umgang. Einer Interviewten ist es wichtig abzugrenzen, dass letzterer von einem humorvollen Umgang getrennt gesehen wird, denn es ist für sie nicht das Gleiche. Jedoch auch der Humor ist für sie Teil ihres Grundverständnisses des Berufes der Kinderkrankenschwester:

„Ich weiß es nicht, ob man es als Humor bezeichnen kann. Das ist einfach einfühlsamer Umgang mit den Kindern, dass man auch, das gehört eigentlich, fast bei mir mit zum Berufsbild rein! [...] Klar, dass man da seine Scherze macht. Humor in der Pflege, die gehört bei uns in der Kinderkrankenpflege (dazu).“ (P3/ Zeile 141ff.; 159ff.)

Jene Pflegende spricht sich auch ganz klar dafür aus, dass sie nur solche MitarbeiterInnen einstellen würde, welche sowohl Humor als auch einen einfühlsamen Umgang mitbringen. Insofern behauptet sie, dass auf ihrer Station keine Pflegenden sind, welche diesen Anforderungen nicht entsprechen. Eine Begründung dafür ist, dass Kinder so eine Person nicht anerkennen würden:

„Als Leitung würde ich ja so jemand gar nicht als MitarbeiterIn haben wollen. Jemand, der so ernst ist, und keinen Humor mit rein bringt! [...] Aber jemand, der todernst ist, der kann ja hier gar nicht arbeiten! der wird auch von den Kindern gar nicht akzeptiert.“ (P3/ Zeile 151-153)

Diesen Anforderungen gerecht zu werden hat neben anderen Faktoren auch viel mit der Lebenseinstellung und dem Charakter der Berufsausübenden zu tun hat. So behaupten Kinder Pflegende von sich selbst und auch von anderen KollegInnen des Gesundheitsbereiches, welche mit Kindern arbeiten, ein gewisser Menschenschlag zu sein.

„Wir sind aber halt einfach ein eigenes Volk!“ (P2/ Zeile 256)

Dies führt zum zweiten Eckpunkt, durch welches sich Kinderkrankenpflegende von der Erwachsene abgrenzen. Sie sehen sich als eigenes „Volk“, welches es anscheinend versteht, durch spontane Aktionen den Krankenhausalltag der PatientInnen besonders zu gestalten. Diese Aktionen sind es auch, welche die beiden Felder Kinder- und Erwachsenenpflege unterscheiden. Wer mit Kindern arbeiten will, überlegt sich das bereits vor der Ausbildung.

„Wenn man da die Schwestern sieht, die sind einfach ein anderer Schlag. Die machen sowas net, so spontane Sachen wie ich! A die Doktors! Also i glaub, dass du dir das auch in deinem Studium gut überlegst, ob du zu Kindern gehst, oder zu Erwachsenen!“ (P2/ Zeile 235-239)

Die Abgrenzung zur Erwachsenenpflege lässt sich auch durch die Trennung in der Ausbildung erklären. In der Ausbildung für Kinder Pflegende wird beispielsweise mehr zu den Themen Früh- und Neugeborenen-Kunde gelehrt als in der Erwachsenenpflege:

„In der Ausbildung ganz andere, jetzt net direkt andere Sachen lernen. Aber andere Schwerpunkte setzen. I glaub net, dass die so viel über Früh- und Neugeborene lernen wie wir. Zum Beispiel!“ (P2/ Zeile 260-263)

Ob in der Ausbildung für Kinderkrankenpflege auch Schwerpunkte auf pädagogischen oder entwicklungspsychologischen Thematiken liegen, wird nicht angesprochen. Erfahrene Pflegende berichteten nicht davon, dass ein besonders einfühlsamer Umgang, sei es unter Anwendung von Humor oder nicht, in der Ausbildung eine Rolle spielt.

5.6.2 „Eine nette, lockere Ausstrahlung – keine todernste“

Interessant ist zunächst vor allem, dass im ersten Moment Pflegende nicht allzu viele Ideen dazu parat haben, wie ihre PatientInnen sie wahrnehmen und weniger noch, was sie sich von ihnen erwarten könnten.

„Ja i weiß net, wie sie uns sehen. I denk ma, ja! .. es is halt irgendwie eine Person, die ihre Dienstleistung da macht und ja. Wie sollt ma's denn erzählen. (P5/ Zeile 212-213)

Eine Schülerin schätzt die Erwartungen der Kinder so ein, dass sie eine Pflegende wollen, die „gut drauf“ und „nicht böse ist“. Sie denkt, dass ein/e Minderjähriger/e eine Pflegende nicht deswegen als „böse“ bezeichnet, wenn diese von ihm/ihr eine notwendige Maßnahme wie Inhalieren verlangt.

Außerdem glaubt sie, dass Kinder es spüren und auch schätzen, wenn die Arbeit für eine Pflegeperson mehr ist als nur ein Job. Also wenn sie merken, dass ihr Gegenüber nicht nur im Dienst ist, weil er oder sie arbeiten muss, sondern weil es auch ein Anliegen ist, Kindern zu helfen und mit Ihnen etwas zu erreichen (vgl. P1/ Zeile 128-138).

Dass ein Kind zufrieden ist und eine Pflegende gern hat, merkt sie daran, dass nachgefragt wird, wann ihr nächster Dienst ist, wenn der Namen gekannt wird oder wenn es seiner/ihrer Mama von jener Schwester viel Positives erzählt hat (P1/ Zeile 141-136).

Die anderen Befragten geben nach längerem Überlegen ebenso an, dass die Kinder sich eine „nette“ Pflegende erwarten würden. Nett kann auch bedeuten „*dass sie nichts Toternstes*“ an sich hat, eine „*lockere gute Ausstrahlung hat und auch einen lustigen Kittel und Anstecker an hat*“ (P3/ Zeile 260-262). Eine nette Pflegende ist auch eine Person, von der sich ein Kind folgendes wünschen würde:

„Wünschen das ist schon so, dass eine da wär, die nett ist. Einen so weit wie möglich den Aufenthalt im Krankenhaus angenehm gestalten kann. Aber das können wir leider net immer! [...] Dass wir dann zwischendrin auch mal ein Spiel spielen oder malen. Wenn es die Zeit erlaubt! Aber so: nett. I sag a zu denen, sie sollen mir a mal a schönes Bild malen.“ (P5/ Zeile 233-235)

5.6.3 „Eine nette, die dir zuhört / Keine mit Hörnern hinter den Haaren!“

Was aus den Beschreibungen der Kinder hervorgeht, lässt sich feststellen, dass diese sehr stark zwischen einer „netten“ und einer „bösen“ oder „gemeinen Krankenschwester“ unterscheiden. Eine nette, welche dem Bild einer Lieblingskrankenschwester (siehe Kapitel 5.5.3) entspricht, empfindet ein Kind so:

„Die ist ganz nett immer! Die hört das, wenn du sagst: „nicht so fest drücken und alles!“ Die hört das! [...] Und weil sie manchmal was macht mit dir. ja die macht viel mit einem, die lacht viel.“ (K4/ Zeile 272-278)

Ein anderes Kind schätzt eine Pflegende besonders, welche sich sehr starke Anteilnahme an ihren persönlichen Interessen und Geschichten zeigt. Besonders wenn eine Pflegende ins Zimmer kommt, wenn es nichts explizit zu erledigen gibt und Zeit für ein Kind übrig hat, wird sehr geschätzt. Auch ist es wertvoll für sie, dass diese Schwester immer für sie da ist, kontinuierlich ihre Mahlzeiten bringt und besonders wenn sie nervös oder ängstlich ist, das spürt und ihr zeigt, dass sie nicht alleine ist:

“Yes she was always in the morning, she brings me breakfast and checks my blood sugar. And when I have to take a blood test, she is always there holding my hand. Because I am always nervous because of the needles. [...] sometimes after we do the injections she comes to my room and we are talking. (K5/ Zeile 323-325; 329)

Aber nicht nur wie lange die jeweilige Person mit dem Kind Zeit verbringt, sondern auch wie die Interaktion abläuft, hängt davon ab, ob sie als nett empfunden wird. Jene, welche mehr auf die Initiativen der Kinder einsteigen und dementsprechend zurück reden, kommen bei den Kindern besser an, als welche die zum Beispiel auf ihre Witze kaum oder gar nicht reagieren:

„Wenn was total witzig ist und die lacht nicht drüber und dann sagt: „Das ist ein doofer Witz“. (K4/ Zeile 251)

Eine andere Gesprächspartnerin berichtet davon, dass sie Pflegende eher als „*freundlich, aber nicht so zum Spaß machen*“ wahrnimmt (K6/ Zeile 136).

Eine Pflegende, die in den Augen eines Kindes *wirklich als „böse“ gesehen wird, hat optisch gesprochen sogar „zwei kleine Hörner versteckt“*. Sie ist „*fies*“, „*gemein*“ und hat „*so richtige Teufelhörner*“ (K4/ Zeile 106-111). Der Grund warum dieses Kind eine Pflegende so beschreibt, ist, dass sie nicht nett zu Kindern ist und manche kleinere Kinder auch Angst vor ihr haben:

IP: „Ne! Ja die kleinen Kinder haben vor der Angst.“

I: „Wie merkt man das?“

IP: „Kinder sind dann immer ruhig, wenn sie dasteht und mit denen redet und haben ein bisschen Angst, das sieht man.“ (K4/ Zeile 117-120)

Ein weiterer Junge nimmt die meisten Pflegenden so wahr, dass diese nie ohne Grund bei ihm auftauchen. Wenn sie einmal da sind und mit ihrer Aktion wieder fertig sind, meistens auch gleich wieder verschwinden wollen:

„Die haben halt keine Lust, die wollen immer schnell irgendwo raus halt. Wollen nicht einfach da bleiben und mit uns quatschen oder so. wollen halt sofort wieder raus oder zum Essen anstatt mit einem Kind zu plaudern oder so!“ (K3/ 325-327)

Der Junge sagte auch, dass Pflegenden niemals mit ihm Witze machen oder etwas Lustiges sagen. Er befürchtete dass dieser Zustand unveränderbar sei, weil es eine Charakterfrage ist, welchen man nicht ändern kann. Später im Interview zeigte er insofern Verständnis für den Umgang der Pflegenden, als dass diese viel unterwegs sind und deswegen wenig Lust haben auch noch zu lachen. Dennoch gefällt es ihm nicht, wenn sie nie eine Miene verziehen.

„Ja! Kann ja verstehen, dass die keine Lust haben, ganzen Tag hin und her zu laufen und dann noch zu lachen, aber ist halt auch blöd immer so blödes... halt. Immer nur so normales Gesicht zu zeigen, nie zu lachen.“ (K3/ 310-312)

Wenn ein Kind eine Schwester als generell eher streng und oder kaum lachend einschätzt, ist er oder sie dennoch bereit, seine/ ihre Meinung zu ändern, wenn die Pflegende eine neue Seite von sich zeigt. Ein Mädchen aus Dubai lernte vor ihrem Aufenthalt in München auch Kinderspitäler in London kennen. Sie berichtet, dass Pflegende in England generell strenger sind als in München. Eine davon war immer streng und hat nie gelacht. Als sie diese britische Schwester dann doch besser kannte und sich eine witzige Szene mit ihr ergab, sah dieses Mädchen die Mitarbeiterin plötzlich mit anderen Augen:

„There was a very strict nurse! But eventually she turned out to be kind.[...] But she was nice when I got to know her a bit more. Nice and I didn't look at her the way before. After this event.“ (K5/ Zeile 282)

5.6.4 „Meine Lieblings-Schwester“

Wenn man die Kinder fragt, ob sie eine Liebblingsschwester haben, sagen alle sehr schnell und bestimmt den Namen und die Eigenschaften der jeweiligen Person, welche sich für sie aus der Masse der anderen, teilweise namenlosen Schwestern hervorhebt.

“I do have a favorite nurse. Not that I like her more than the others, but she is always there for me. She is like my own nurse. She always comes to me. It was Christine actually she was my first nurse. She said: „I am your nurse for today“ she was very kind. Very young“ (K5/ 317-320)

Eine Art, wie sich eine Schwester hervorhebt, ist wenn sie durch Lachen und Witze machen viel Humor zeigt. Ein Junge nennt dies als erste Eigenschaften, welcher er an seiner *Lieblingsschwester* besonders gerne hat:

„Weil die sehr lustig ist! [...] sie ist immer sehr nett, und lacht viel!“ (K2/ Zeile 199; 203)

Eine Lieblingskrankenschwester ist besonders nett, hört zu und achtet darauf, welche Bedürfnisse etwa beim Verbandswechsel ein Kind hat.

Wenn nach den *Lieblingsschwestern* gefragt wird, werden aber auch schnell Namen von PraktikantInnen aufgezählt, welche gar nichts mit der eigentlichen „Pflege“ zu tun haben. Kurz danach erinnern sich die Kinder, dass die wirkliche *Lieblingskrankenschwester* eine andere ist. Der Grund dafür, dass PraktikantInnen oder auch SchülerInnen eher zur „Lieblingsperson“ eines Kindes im Spital werden, ist hauptsächlich das Mehr an Zeit, das PraktikantInnen mit den Kinder verbringen (können).

„Ja! Nein, es sind sogar vier! Aber das sind dann keine Pflegenden, sondern Praktikantinnen. die sitzen öfter da und machen was mit dir. Und die Schwestern nicht so.“ (K4/ Zeile 270)

5.6.5 „Die soll witzig und offen sein – nicht so grufti-mäßig“

Was die Wunschvorstellungen der Kinder betrifft, äußert der befragte Junge den Wunsch nach einem witzigen Charakter und einer netten Ausstrahlung. Um zu klar zu machen, wie sie auf keinen Fall sein soll, hat er diese Vorstellung von einer unsympathischen Version einer Pflegenden:

Die sollte nicht so grufti-mäßig, komplett in schwarz hier rum laufen und sagen: „Lass mich in Ruh“ oder so. [...] Einen nie anschreien.“ (K4/ Zeile 235-242)

Was das Aussehen betrifft, erzählt bloß ein einziges Mädchen sehr phantasievoll davon, wie eine Pflegende auch aussehen könnte. Und zwar würde sie sich freuen, wenn diese so wie Ärzte oft ein Stethoskop umgehängt haben (siehe Abbildung 2), ein „Peace-Zeichen“ um den Hals hat haben (siehe Abbildung 1). Sie erklärt, was sie sich darunter vorstellt und auch, dass die MitarbeiterInnen es wahrscheinlich eher als störend empfinden:

„Die Klamotten sind gut, aber die können so ein Peace Zeichen umgehängt haben. Das wirkt so schön und man könnte auch was dran hängen. Aber ich glaube, die finden das nicht so gut. Aber eigentlich ist es ja gar nicht so störend, ein Peace Zeichen zum Aufhängen halt.“ (K7/ Zeile 152-154)



Abbildung 1

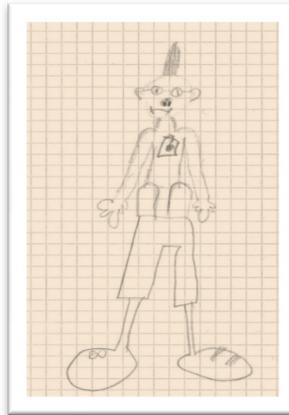


Abbildung 2

5.6.6 Freundlichkeit ist ein Muss, Lustigkeit ein Plus

Während des Interviews gab auch die Mutter eines kleinen Mädchens klar zum Ausdruck, dass sie sich von den Pflegepersonen im zwischenmenschlichen Kontakt immer Freundlichkeit erwartet. Auf diese Erwartung beharrt und verdient sie auch, egal wie stressig oder anstrengend es ist.

„Aber dass die einfach freundlich ist! Nicht ernst drein schaut! Freundlichkeit erwarte ich schon! Auf jeden Fall.“ (M1/ Zeile 207-208)

Gekoppelt an Freundlichkeit ist für die Mutter auch, dass die Pflegende Pflegehandlungen, die sie am Kind vollzieht, gut erklärt. Dieser Punkt scheint für sie sehr wichtig, da sie dies oftmals als ein Manko empfindet. Denn oft wird das, was eine Pflegende an Ihrem Kind macht, weder ihr als Mutter noch dem Kind in verständlicher Form ausreichend erklärt. Weil beide aber wissen wollen, was geschieht, sieht sich die Mutter sehr oft in der Rolle des Nachhakens. Sie würde sich jedoch wünschen, dass Pflegende von sich aus mehr erklären und weniger ihre Arbeit schnell abarbeiten zu versuchen.

„Weil ich muss dann auch immer ihr erklären, was da gemacht wird. Ich meine, einige Schwestern sagen es dir eh. Die gehen schon anders drauf zu. Andere wollen das durchziehen. Ich meine das ist nicht nur da, sondern überall so. Und da muss ich mich immer einbringen und sagen: „Aha, das und das wird jetzt gemacht?!“ Und ich finde, dass man da ein wenig mehr auf die Kinder eingehen sollte.“ (M1/ Zeile 111-115)

Darüber hinaus hat die Mutter den Wunsch, dass eine Pflegende ab und zu mit den Kindern und Familien lacht und ihre Späße macht. Der Grund dafür ist, dass sie sich dann einfach viel wohler fühlen. Jedoch kann die Mutter es auch sehr gut verstehen, dass die Betreuung der vielen Kinder Kraft und Mühe kostet und es nicht immer möglich ist, lustig zu sein.

„Sicher wünscht man sich, dass eine Krankenschwester vielleicht lustig drauf ist und Späße macht. Aber im Hinterkopf hat man, die haben so viele Zimmer, die müssen überall durchgehen.“ (M1/ Zeile 203/204)

Eine andere Mutter wünscht sich, dass Pflegende viel liebevoller mit den Kindern umgehen, und sie ist ziemlich aufgebracht darüber, dass Pflegende scheinbar nur ihre Routine-Pflege-Tätigkeiten abwickeln.

„Mit der Weile vergisst man es und es ist Routine-Arbeit. Spritze, Verband, und Bett und man vergisst, dass man mit den Kindern arbeitet. Und liebevoller Umgang fehlt total!“ (M3 / Zeile 649-651)

Sie erwartet, dass sich Pflegende wieder bewusst werden, dass sie mit Kindern arbeiten. Denn sie hat auch die Erwartung, dass wenn man sich bewusst für einen Beruf mit Kindern entschieden hat, man diese auch wie solche behandelt. Und dazu zählt sie unter anderem auch einen humorvollen Umgang:

„Die arbeiten mit den Kindern. Wenn ich mit den Kindern arbeite, wenn ich mich für den Beruf entschieden habe, dann müsste ich entweder die Kinder lieben, oder gar nicht. Ich kann nicht Kinderkrankenschwester sein und überhaupt nichts von Humor verstehen.“ (M3/ Zeile 668-669)

5.7 Humor (ohne) Rezept

In diesem Kapitel wird geklärt, wie Interventionen zu Stande kommen, welche einen humorvollen Umgang ausmachen. Nämlich mit welcher Herangehensweise Pflegende vorgehen, gezielt oder durch Spontaneität. Im Folgenden wird gezeigt, dass Humor manchmal gezielt, meistens aber spontan zustande kommt. Die Frage, ob man für Situationen der Patienten ein *Humor-Rezept* geben kann, ist schwierig und nicht ganz eindeutig. Ein Rezept, welches die meisten Pflegepersonen geben ist:

Man kann unmöglich für PatientInnen mit ihrer jeweils individuellen Situation und Geschichte ein allgemeingültiges Patentrezept geben. Deswegen muss ein *humorvoller Umgang* bei jedem Kind neu angepasst und mit Vorsicht ausprobiert werden.

„Bei mir geht da ganz viel spontan aus dem Kopf raus. Kann da kein so ein Patentrezept geben.“ (P2/ Zeile 155-156)

5.7.1 „So spontane Sachen“

Als gängige erste Antwort wurde von allen Pflegepersonen geäußert, Humor sei meistens spontan. Er ergab sich aus der Situation heraus, ohne lange darüber nach zu denken. Eine Pflegende behauptet von sich, dass sie so gut wie immer spontan beim Verbreiten von Humor ist.

„Was aber zu 99,8% einfach Spontaneität ist!“ (P2/ Zeile 605)

Pflegende sind zum einen deswegen spontan, weil sie es mit Kindern zu tun haben. Pflegende reagieren auf die Äußerungen der Kinder witzig oder sie beginnen deswegen zu lachen. Eine Pflegende erzählte eine Geschichte von einer spontanen lustigen Aktion eines Mädchens, worüber sie lange danach noch lachen konnte. Wegen seiner Repräsentanz für etliche Erzählungen über lustige Aktionen, welche von kindlicher Seite initiierte wurden, wird eine Geschichte hier in voller Länge wiedergegeben:

„Sind ja immer so spontane Sachen, wo ma sich schier kaputt lacht. [...] Ein Mäderl hat immer gesagt: „Sie möchte, was weiß ich, ein Wurstbrot mit Tomaten drauf und dann an Saft dazu, gell!“ I bin raus vom Zimmer, dann ist jemand anderes auf mi zukommen, dann hab i des vergessen. Nach einer Viertel Stunde hats mi gefragt, wo das Wurstbrot ist. „Ah, dein Wurstbrot, hab ich ganz vergessen, ich bring’s dir gleich!“ und so ging das drei vier Mal. Weil immer irgendwas, weil ich’s vergessen hab. So und am nächsten Tag (Lacht viel und laut) [...] Am nächsten Tag ist sie gekommen und hat gesagt: „Schwester Renate, ich hab für dich ein Geschenk“ „Ach du hast für mich ein Geschenk?“. Hat sie mir so einen kleinen Mini-Block geschenkt und gesagt, da kannst du gleich die Wünsche eintragen, von den Patienten, und bis vorne zur Küche hast du’s nicht mehr vergessen!“ (Lacht) Ist einfach eine Idee!“ (P5/ Zeile 554-567)

Zum anderen sind humorvolle Situationen deswegen spontan, weil viele Befragte Humor auch genau als Solches definieren: Etwas Spontanes, das sich schwer planen lässt. Eine Pflegende befürchtet, dass durch die Planung und den festen Vorsatz in der nächsten Situation auf eine gewisse Art lustig zu sein, es vielleicht misslingen würde.

„Wenn man sich aber so sagt: „Wenn du nachher zu dem Patienten geht, musst du aber mal ein bisschen lustig sein!“ – Dann ist das zu aufgesetzt! Dann kann schnell so dieses spontane so verloren gehen. Wenn man sich unter Druck gesetzt fühlt, ich muss jetzt hier lustig sein!“ (P4/ 532-536)

Aber Pflegende setzen Humor unterschiedlich ein:

Die Einen bezeichnen lustig Gemeintes und solches, was dem Kind dazu dient, Vorgänge besser zu verstehen oder sich wohler zu fühlen als „Einfühlsamen Umgang“ (P3/ Zeile 141 ff.; 159 ff.).

Dies betrifft dann meistens Humor, welcher eher spontan als Begleiterscheinung des pflegerischen Einfühlvermögens auftritt.

Andere nennen unter dem Deckmantel *humorvoller Umgang* doch relativ konkrete Strategien, wie sie Humor einsetzen und warum gezielt, was im nächsten Absatz beschrieben wird.

5.7.2 „Bei bestimmten Patienten fast gezielt“

Was Humor betrifft, tritt zwar bei Pflegenden anscheinend das Spontane öfter auf als das Geplante. Im Laufe der Erklärungen kommen manche Pflegende zu dem Schluss, dass sie einen humorvollen Umgang bei bestimmten PatientInnen viel gezielter anwenden als bei anderen.

Das sind meist solche PatientInnen, welche die Pflegende schon besser und ein bisschen länger kennt. In längeren Pflegenden-PatientInnen-Beziehungen kennen die MitarbeiterInnen für humorvolle Äußerungen mehr persönliche Ansatzpunkte. Dennoch betonen Pflegende, dass Beziehungen zu solchen PatientInnen nicht über ein gewisses Maß an persönlichem Charakter hinaus gehen sollten:

„Man hat da schon auch, denke ich... nicht zu jedem, aber zu manchen mehr, zu manchen weniger. Ein persönliches Verhältnis wäre übertrieben gesagt, aber sich zu informieren, wies geht.“ (P4/ Zeile 185-188)

Durch dieses bessere Kennen eines Patienten ist es also leichter persönlichere Gesprächsthemen oder Scherze zu finden. Pflegende versuchen dann auch, bestimmte Kinder mit gezielten Scherzen ein bisschen zu fordern. Wenn etwa eine Pflegende von einem pubertierenden Jungen wissen will, was es mit dem Begriff „Affäre“ aus einem laufenden Film auf sich hat. Dann wird auch einmal mit lauter Stimme über den Gang ein Fest verkündet.

„I hab a schon ganz oft, wenn Kinder an einer Infusion gehängt sind, oder sonst was. Der ganze Infusionsbaum, der wird dann abgebaut, und dann schieb I den dann zurück und schreie: „Ja, der Baum ist weg, wir machen ein Fest!“ (P2/ Zeile 196-200)

Scherzhaft Liebesbeziehungen anzusprechen kann im Kontakt mit etwas älteren Jugendlichen so ein Thema sein. Wenn eine Pflegende einen Teenager längere Zeit begleitet hat, dann erkundigt sie sich danach:

„Die kommen hier immer wieder hin, kennen uns schon seit Jahren, ne! Sind ja viele Jugendliche, die dann einen Freund haben, oder einen Freund. Und dann fragen: „na hast du deinen Freund noch?“ (P4/ Zeile 172-174)

Wenn die Pflegende den Patienten aber noch kaum kennt, dann würde sie solche intimen Gesprächsthemen nicht anschneiden.

„Wenn jetzt ein anderer 16 Jähriger käme, würde ich nicht auf die Idee kommen, den zu fragen, ob er eine Freundin hat!“ (P4/ Zeile 179-181)

Also nähert sie sich einem solchen neuen Patienten erst in langsamen Schritten an. Wenn dieser wegen der Narkose von der OP sehr lustig ist, muss sie trotzdem erst einschätzen, wie er darauf reagiert, wenn sie auch ihre Scherze mit ihm macht.

„Also, was weiß ich, der Patient der da heute liegt, der war im OP; und der so lustig ist, den kannte ich vorher nicht. Den heute erst kennen gelernt, der liegt da, muss ich mich vorher erst hin tasten! Wie ist der drauf, wie reagiert der, usw.!“ (P4/ Zeile 517-520)

Neben diesem Thema sind vor allem die gemeinsamen lustigen Erlebnisse immer wieder Aufhänger für Wiederholungen desjenigen Scherzes zwischen einer Pflegenden und einem Kind sozusagen. Eine Pflegende berichtet davon, dass sie sich einmal bei einem Jungen beim Lesen eines Aufklebers versprochen hat. Dieser hatte daran so einen Spaß, dass sie dieses

„Missgeschick“ weiterhin wissentlich beging, um ihm wieder diesen Spaß zu gönnen. Sie setzte also eher gezielt ein, wovon sie wusste, dass es diesen Patienten leicht zum Lachen bringen würde:

„So wie er a gekichert hat, weil er nimmt ja „Oralpeyton“. Weil das hat ja so einen Geschmack, das schmeckt ja so furchtbar gräulich salzig zum Trinken. Da hat er so Schoko Geschmacksverstärker. Und I hab gesagt: „Und hast du da Schotter?“ Das hat er total lustig gefunden!“ (P5/ 635-641)

Ein weiterer Bereich, indem so manche Pflegende Humor gezielter einsetzt ist, wenn ein Kind mehrere Male in Situationen der pflegerischen Versorgung nicht mitmacht. So zusagen überlegt sich die Pflegende eine Strategie, wie sie anders vorgehen kann, sodass das Kind mit mehr Spaß bei der Sache ist:

„Außer, das Kind hat die letzten drei Male nicht mitmachen wollen, überlege ich: „Wie stelle ich's heute an?“ dass es nicht immer die gleiche Leier ist, dass es ein bisschen mehr mit macht. Sonst nicht, nicht gezielt.“ (P1/ Zeile 529-532)

Die Pflegende setzt ihre humorvollen Strategien bei Kindern auch mit dem Hintergedanken ein, dass sie dadurch abgelenkt werden und vergessen, dass sie bei etwas mitmachen, was ihnen eigentlich weniger gut gefällt (siehe auch Kapitel 5.5.2, Humorinterventionen).

„Hauptsache sie machen dann was sie sollen. Sie checken dann gar nicht mehr so richtig, was sie machen. Dass das dann nicht so toll war! Inhalieren – sagst du halt [...]: „ sie müssen die ganze gute Luft, die gute Laune Luft einatmen!“ (P1/ Zeile 45-49)

Am ehesten können gezielte Tipps als Rezept für kleinere PatientInnen gegeben werden. Je jünger die Kinder, desto stärker generalisieren die Befragten, welche konkrete Art von Humor bei ihnen zur Belustigung beitragen kann. Etwa Versteckspiele, das Benennen von Körperteilen, das Nachmachen von Tierlauten, um nur ein paar zu nennen.

„Das ist bei jedem Patient, kann man nicht so pauschal sagen. Bei den Kleinen kann man dann noch so Fingerspiele machen, da ist eher so pauschal, die mögen das, oder das oder das. Je älter sie werden, was man da, so ganz persönlich immer entscheiden, wie gehe ich da vor.“ (P4/ Zeile 368-371)

5.7.3 „Humorkonzept? – Kenne ich nicht“

Dass ein gezieltes Einsetzen von Humorinterventionen auch das Kennen des „Humorkonzeptes“ erfordert, ist zu verneinen. Anhand der Aussagen ist nämlich festzustellen, dass vier von fünf Befragten Pflegepersonen ein Pflegekonzept, das sich mit Humor beschäftigt, nicht bekannt ist.

„Nein! Kenn ich nicht, was heißt das?“ (P5/ Zeile 753)

Dies betrifft jene, deren Ausbildung mindestens schon fünf Jahre und im Durchschnitt aber 20 Jahre zurück liegt. Ein Stichwort, welches bei einer Pflegeperson sowie einer Ergotherapeutin zu Humor in der Pflege sofort fällt, ist „Klinik Clowns“.

„Also ich kenne es nur durch die Clowns halt, aber sonst. ... Ist es für mich nicht bekannt, dass es da was gäbe.“ (P4/ Zeile 483-484)

Nachdem die Befragten während des Interviews Informationen erhielten, was das Humorkonzept nach Vorlage Bischofberger sein könnte, äußerten sie Skepsis. Es klang für die Befragten skurril, Humor als spontane Angelegenheit auf irgendeine Art planen zu wollen. Für sie ist Humor nämlich etwas, das man scheinbar nicht lernen kann. Jemand hat Humor, oder hat ihn nicht.

„Pflegestandard Humor – also. I weiß a net. Ist Humor etwas, das man lernen kann? Den hat man doch!“ (P2/ Zeile 551-552)

Als danach gefragt wurde, ob eine verstärkte Anwendung von Humor nach einem Pflegekonzept oder Standard für Humor vorstellbar wäre, wurden große Zweifel bekundet. Eine Gruppe von MitarbeiterInnen, welche sich Wege überlegt, Humor gezielter auf der Station zu fördern, wäre für die Befragten im Moment nicht denkbar. Eine Pflegendende beschreibt ihre Zweifel an der Förderung von Humor so:

„Ich glaube, das ist schwer! Weil das ist wieder so eine Aufgabe!“ (P4/ Zeile 525)

Lediglich die jüngste Interviewte berichtet davon, dass kürzlich in einer Unterrichtsstunde das Humorkonzept von einer Lehrerin erwähnt wurde. Die Auskunft gebende würde es auch nicht schlecht finden, wenn darüber mehr gelehrt würde. Jedoch war der Versuch der Lehrenden zu erklären, dass und warum Humor wichtig ist in den Augen der Schülerin sehr unbeholfen und ohne wirkliche Neuigkeiten für sie:

„Wir hatten es mal angesprochen! Humor in der Pflege, aber das hat unsere Lehrerin nur angesprochen, indem sie sich als Clown verkleidet hat und gesagt hat: „Humor ist wichtig“. (P1/ Zeile 455-457) [...] Sie hat gesagt, dass wir auf alle Fälle gucken sollten, alles zwar ernst zu nehmen, aber immer den Kindern ein bisschen Lebensfreude weiter zu geben. Ich finde, sie hat sich nur zum Affen gemacht. Ich habe mir gedacht, okay, weiß ich schon, hättest du mir auch so erzählen können.“ (P1/ Zeile 461-466)

Obwohl sie den erlebten Versuch als gescheitert beurteilt, bestand bei der Schülerin Interesse, das Humor-Konzept in der Ausbildung zu bearbeiten. Es wäre für sie jedoch inspirierend, humorvolle Vorgangsweisen im Unterricht zu thematisieren und zu diskutieren. Die befragte Schülerin könnte sich vorstellen, dass Fälle von schwierigen oder, traurigen Kindern, welche bei der Behandlung kaum mitmachen in Arbeitsgruppen kreativ bearbeitet würden. Diese könnten dann in der Klasse diskutiert werden und dadurch das Handlungs-Repertoire an möglichen Maßnahmen erweitert werden.

„Ich würde nicht nur sagen, „Humor ist wichtig“. Punkt. Sondern so bekannte Situationen vorstellen. So: „Man geht in ein Patientenzimmer, das Kind soll inhalieren. Es will nicht, was soll man tun?“ Und sich dann überlegen muss, was man tun kann: man kann eine Phantasiereise machen, ... oder. Dass man einfach vorgestellt bekommt, was man tun könnte, wie weit kann man deren Phantasie ausbauen, und nicht sagen: bringt die Kinder zum Lachen. Ja und ich denke mir, mir fällt schon oft was ein, was ich mit den Kindern machen könnte, aber auch nicht immer!“ (P1/ Zeile 488-494)

Momentan lernt sie den humorvollen Umgang durch Abschauen von erfahrenen Kolleginnen in der Praxis, kreierte aber auch selbst immer wieder einige Interventionen. Die Schülerin beobachtete, dass jede der Schwestern ihre eigenen Tricks und Witze hat, welche sie mit den Kindern macht. Erklärt werden von den Pflegenden diese Strategien hauptsächlich dann, wenn Kinder nicht mitmachen wollen:

„Das einzige, was die machen, ist: „wenn das Kind das nicht will, mach es so und so“. Aber ich lerne das hauptsächlich so, wenn ich bei der Schwester einfach zusehe, was die macht. Und jede ist besonders witzig, und besonders nett, wenn eine Schülerin zuguckt! Das ist einfach so. eigentlich ein bisschen übertrieben, aber wenn du dir dann was davon abguckst, dann ist immer was dabei, und das weiß die Schwester ja nicht.“ (P1/ Zeile 516-522)

Außerhalb der Ausbildung kann sich auch diese Interviewpartnerin nicht vorstellen, dass sie selbst oder ihre KollegInnen sich zum Thema Humor in Arbeitsgruppen zusammen setzen würden. Sie könnte sich nicht vorstellen, dass jemand einen Sinn in solch einer Angelegenheit sehen würde und Zeit dafür aufbringen möchte.

„Das macht keiner. Ich glaube, das sehen die Leute als zu unwichtig. Ich glaube die sehen es einfach als sinnlos. Ich glaube, da hat erst mal kein Mensch Bock zu!“ (P1/ Zeile 546-547)

5.8 Schluss mit Lustig: Erkennen der Grenzen als Kennzeichen von Professionalität

Im Spitalsalltag mit chronisch kranken Kindern gibt es ganz klare Grenzen für den Einsatz von Humor. Es sind Situationen, von denen Pflegende und Kinder sagen, Scherze sind unangebracht. Diese Grenzen zwischen Spaß und Ernst zu kennen und genau zu wissen, wann dieser Zeitpunkt gekommen ist, wird von Pflegenden *und* Kindern als Kennzeichen guter Pflegequalität beschrieben.

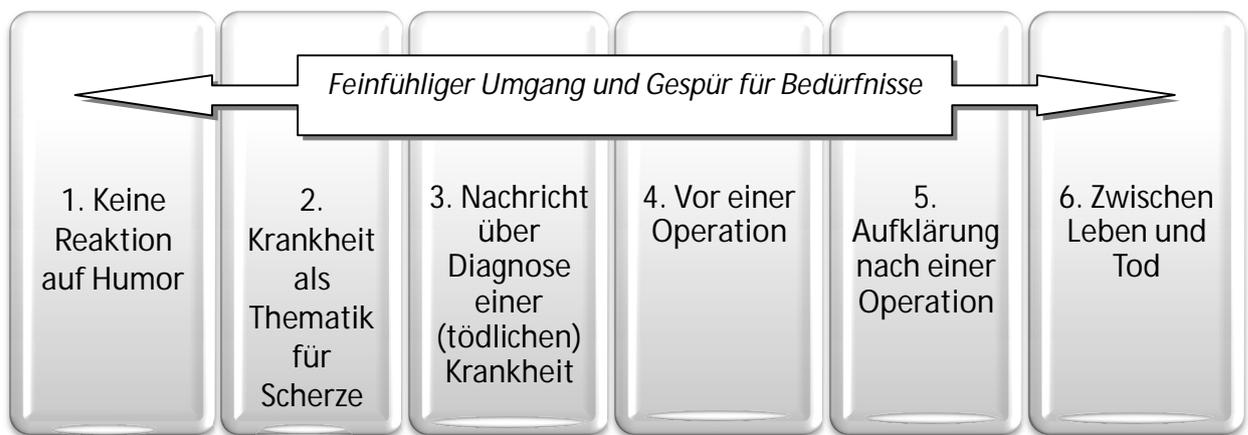
5.8.1 „Da legt sich automatisch der Schalter um“

Solange Situationen es zulassen und Humorinterventionen (gezielt oder spontan) nicht unpassend wirken, setzen Pflegende diese ein. Sobald sich aber die Situation und Zustände von Kindern dramatisch verschlechtern, sie einem Risiko ausgesetzt sind oder überhaupt nicht auf

humorvolle Interventionen ansprechen, ist für Pflegende Humor nicht mehr angebracht und sie unterlassen dessen Einsatz. Eine Interviewpartnerin beschrieb, in welchem Moment sich bei ihr der „Schalter“ umlegt und sie ganz klar ihre Aktionen von Humor trennt.

„Da legt sich auch automatisch der Schalter um. So wie das Mädchen, das eine inoperable Tumor Diagnose hatte. Das ist halt, so in meinen Augen die Professionalität, die man braucht, in unserem Beruf, dass du da umschaltest. Da kann man einfach keine Witzle erzählen. Das geht net!“ (P2/ Zeile 697-701)

Aus den Aussagen der Pflegenden formten sich sechs Grenzen von Humor, welche in Grafik 3 aufgeschlüsselt werden.



Grafik 3: Grenzen von Humor in der Kinderkrankenpflege: Schluss mit Lustig

Was alle diese Situationen vereint ist - mehr noch als sonst – ein feinfühliges, einfühlsames Verhalten zu zeigen.

„Ich denke vor allem Feingefühl, weil es bei jedem anders ist.“ (P4/ Zeile 548-549)

Einfühlvermögen hilft den Pflegenden zu erkennen, ob PatientInnen und ihre Angehörigen in der jeweiligen Situation eher Nähe oder Distanz brauchen. Noch mehr als die Erfahrung mit diesen Situationen kommt es auf das richtige Gespür der Pflegenden für die Bedürfnisse der Betroffenen an, um ihnen den Rahmen zu bieten, der ihnen gut tut.

„Sie sagte, es war hilfreich, dass welche da waren im Zimmer, aber dass keiner was gesagt hat! Ich denke, aber auch das ist was, das man so erspüren muss. Weißt du, die einen wollen, dass man was sagt, und in den Arm genommen werden. Und die anderen gehen ganz auf Distanz, möchten gleich dann ganz alleine bleiben im Zimmer. Und sagen dann vielleicht, wir melden uns, wenn wir jemanden brauchen.“ (P4/ Zeile 541-646)

In welchen Situationen der Humor der Pflegenden stark zurückgenommen oder weggelassen wird, welchen Umgang sie stattdessen praktizieren wird nun gezeigt:

1. Keine Reaktion auf Humor

Im Gegensatz zu den anderen fünf, kann diese Grenze bei jedem Kind immer wieder auftauchen. Auch dann, wenn sein oder ihr Zustand nicht allzu dramatisch oder lebensbedrohlich ist. Pflegende reduzieren dann ihren humorvollen Umgang oder lassen den Humor weg, wenn ein Kind wiederholt nicht auf humorvolle Reize reagiert. Sie nehmen das als Hinweis dafür, dass es die Interventionen entweder nicht als lustig empfindet oder nicht lachen kann oder möchte. Dann signalisiert die Pflegende dem Kind, dass sie dies zur Kenntnis genommen hat, akzeptiert und trotzdem für das Kind da ist. Wie in Kapitel zum *Schaffen der persönlichen Dimension* beschrieben, versuchen Pflegende sowohl negative als auch positive Gefühle zu fördern und ihnen Raum zu geben.

„Und ich glaube, wenn ich merken würde, ich mache einen Witz, und es reagiert nicht drauf, und noch mal, und noch mal, und es reagiert nicht darauf, dann lass ich's einfach. Manche Kinder wollen dann nicht lachen und es reicht dann auch, wenn ich so höflich und freundlich bin. Es reicht, wenn ich dem Kind zeige, es ist da, wenn was ist.“ (P1/ Zeile 553-558)

2. Krankheit als Thematik für Scherze

Für Pflegende ist ganz klar, über die Krankheit des Kindes und alles was damit verbunden ist grundsätzlich keine Scherze zu machen. Die Thematik muss mit Ernst behandelt werden. Gleichzeitig muss Kindern, gezeigt werden, wie sie mit ihrer durch ihre Erkrankung entstandenen Behinderung in ihrem Leben umgehen können. Die Pflegende ist der Meinung, dass den Kindern gezeigt wird, dass sie sogar sehr gut damit leben können.

„Überhaupt net, das is klar. Egal welche Krankheit! Macht man da net seine Späßchen. Da muss schon voll der Ernst da sein. Auch dass man dem Kind zeigt, wie toll es mit der Behinderung umgehen kann. Das ist ja auch wichtig. Dass das noch betont wird!“ (P5/ Zeile 967-971)

Aber auch wenn ein Kind aufgrund der Symptome der Krankheit unter großen Schmerzen leidet, meint eine Pflegende, Humor ist unangebracht. Je nach Situation sei es aber manchmal möglich, eine geringe Dosis anzuwenden.

„Aber wenn es ihm schlecht geht, weil es Schmerzen hat, weil es, dann ist da auch Humor, eines der letzten Dinge. Vielleicht in einer ganz geringen Dosis! Aber.“ (P3/ Zeile 511-513)

3. Nachricht über die Diagnose einer (tödlichen) Krankheit

Eine weitere Grenze, bei der sich der Schalter für Humor bei Pflegenden automatisch umschaltet, ist wenn Kinder von Ärzten eine neue Diagnose bekommen. Humor ist dann, wenn ein Kind...

„[...] da liegt und weint, weil es gerade eine schlechte Nachricht bekommen hat, eher kontraindiziert.“ (P1/ Zeile 552)

Auf einer Station müssen zuerst Ärzte und dann auch Pflegende in regelmäßigen Abständen PatientInnen mit der Diagnose Krebs konfrontieren. Das ist nicht nur absolut von jeglichem Humor zu trennen, sondern zählt auch zu den schwierigsten Situationen im Berufsleben der Kinderkrankenpflegenden.

„Das ist leider dann manchmal so, solche Situationen, die gehen mir dann scho an die Substanz!“ (P5/ Zeile 899-900)

Die Pflegende stellt sich das kindliche Erleben nach einer Diagnose wie ein schwarzes Loch vor. Sie weiß, wie Kinder auf schlechte Nachricht reagieren, ist unterschiedlich. Manche fangen zu weinen an, während andere ganz starr und leise werden.

„Wenn sie das erste Mal erfahren, dass sie irgendeine schlimme Krankheit haben. Das ist was ganz was Schlimmes! Das ist die Situation, da fliegt man in ein schwarzes Loch. [...] Der eine fangt zum Heulen an. Der andere ist ganz starr, der andere schaltet ab, und mag nix mehr hören!“ (P5/ Zeile 685-687; 690-691)

Erst wenn sich die akute Situation einmal beruhigt hat und sie den ersten Schock verarbeitet haben, finden die meisten Kinder wieder einen Grund zu lachen.

4. Vor Operationen

Vor Operationen empfehlen Pflegende keinen humorvollen Umgang anzuwenden. Bei kleineren ist eine geringe Dosis Humor möglich, bei größeren und heikleren Operationen jedoch nicht.

Eine Pflegende verwunderte, dass manche Kinder selbst vor größeren Operationen im Vergleich zu Erwachsenen viel ruhiger bleiben.

„Also, ich denke an ein sechzehnjähriges Mädchen, die eine schwierige Operation vor sich hatte und auch viele Tage auf der Intensivstation. Und als ich sie dann morgens fragte: „und wie hast du geschlafen?“ „Warum, ich habe gut geschlafen?!“ Ja also, das ist dann schon etwas, wo ein Erwachsene sagt, ich hätte eine schlaflose Nacht verbracht, vor so ner großen OP. Dass die das einfach so anders hinnehmen.“ (P3/ Zeile 41-46)

Es soll deswegen nicht heißen, dass Operationen für Kinder leicht sind. Die Pflegenden berichten aber, dass Eltern hingegen in der Zeit rundum eine Operation ihres Kindes eine äußerst schwierige Zeit durchmachen. Obwohl sie den Ärzten und anderen MitarbeiterInnen meistens großes Vertrauen gegenüber bringen, sie haben aber in diesen Momenten auf das Schicksal ihres Kindes keinen Einfluss. Viele Eltern schätzen es dann, wenn Pflegende an sie heran treten und sie umarmen.

„Das haben wir schon öfters gehabt, dass wenn wir ein Tumorkind in den OP schieben, dass die Mamas dann einfach in Tränen ausbrechen! Und dann kommt es auch darauf

an, wie lang, wie gut kennt man die Mama. Aber die nimmt man dann schon mal in den Arm.“ (P2/ Zeile 712-715)

Weil das Warten auf das Ende einer Operation für Eltern sehr nervenaufreibend ist, schlagen Pflegende den Eltern dann auch vor, nach draußen zu gehen. Sie notieren sich die Handynummer und informieren die Eltern, sobald das Kind zurück auf der Station ist.

„Ich sag dann zu den Eltern: „Lassen sie uns ihre Handynummer da. Gehen sie an die frische Luft, einen Kaffee trinken! Wenn wir was wissen, dann rufen wir an, auf dem Handy.“ Ja! Das sind schon oft so Situationen, die schwierig sind.“ (P2/ Zeile 715-719)

5. Aufklärung nach einer Operation

Manchmal können auch Operationen den Zustand nicht mehr verbessern und danach muss den Eltern und PatientInnen die schwerste Nachricht überhaupt übermittelt werden. Humor hat in solchen Momenten keinen Platz.

Ein auswegloser Zustand, welcher durch die Operation nicht mehr verbessert werden kann, und welcher in absehbarer Zeit tödlich enden wird. Eine Pflegende erklärt, dass diese Momente die aller schrecklichsten für sie sind. Während das Übermitteln einer solchen Nachricht der Chefarzt übernimmt, welcher ein sehr gutes Gespür dafür hat, muss trotzdem immer eine Pflegende anwesend sein.

„Das ist überhaupt a diese Aufklärung nach der OP, wie das verlaufen ist. Dann muss immer jemand von uns dabei sein, bei einem ganz ernsten Gespräch, wenn der Chef mit den Eltern selber spricht, dass es keine andere Möglichkeit mehr gibt. Alles voller Metastasen beim Aufmachen und mussten so wieder Zumachen. Das sind für mich so die aller schrecklichsten Momente, wo ich dabei sein muss! („)“ (P5/ Zeile 859-864)

6. Zwischen Leben und Tod

Wenn Pflegende wissen, dass ein Kind nicht mehr lange leben wird, ist für sie ganz klar die Grenze gekommen, Humor zu unterlassen. In den Interviews zeigte sich, dass die Erinnerung an Momente dieser Art jeder Pflegenden sehr nahe gehen. Sie wurden sehr leise und bedrückt und hatten Tränen in den Augen. Eine Pflegende fasst zusammen:

„Mein Gott! Wenn ein Kind tot krank ist, brauche ich da keine Scherzchen machen. Wenn es dem Kind so schlecht geht, dass es vielleicht, auf der Kippe steht (leise). Da brauche ich keine Scherze machen. Ist dann fehl am Platz.“ (P3/ Zeile 506-508)

Wenn ein Kind zwischen Leben und Tod steht, berichten die Pflegenden von einigen sehr persönlichen Erlebnissen. Sie berichten von Transzendenz und dem Glauben an einen Zweck solcher Geschehnisse, wenn Kinder diese Welt verlassen müssen. Während Pflegende aber von sich aus behaupten, Humor im Umgang in Momenten des Sterbens und Todes nicht einzusetzen, zeigen sterbende Kinder und besonders junge Erwachsene manchmal eine

besondere Komik bezüglich ihres eigenen Ablebens. Der betreffende junge Mann war bereits vierundzwanzig Jahre und ein langjähriger, bis ins Erwachsenenalter betreuter Patient:

„Und eine ganz lustige Begebenheit, [...] ein 24 jähriger Junge, der wusste, dass er in den nächsten Monaten sterben wird. Und zwei Tage vor seinem Tod, war er mit unserem Zivi unten beim Röntgen. Der hat ihm dann so vorgespielt, als ob der einen Schwächeanfall hätte. Er hat dann zu ihm gesagt: „Oh ist mir so schlecht! Ach, oh! Mir geht's ganz schlecht.“ Und dieser Zivi war ganz aufgeregt, weil er wusste, dass er sterben würde. Und er sagte: „Was soll ich machen, ich hol nen' Arzt, ich hol' nen' Arzt.“ Und dann fing der an, schallend zu lachen und sagte: „Ich hab dich nur reingelegt“. Und das war so zwei Tage vor dessen Tod.“ (P4/ Zeile 31-39)

Die Erinnerungen zeigen auch, dass Eltern und Kinder in den Tagen vor dem Ableben sehr eng aneinander gebunden sind und den Tod als Erlösung eines langen Leidensprozesses auf ihre eigene Art feiern:

„Der war dann achtzehn, als er verstorben ist. Die Mutter hat, er hatte kurz nach Mitternacht Geburtstag. Ja und die hatte einen Sekt dabei, und nach Gläser. Und als der Junge dann fünf vor Zwölf gestorben war, dann mit ihm angestoßen! Dass er es geschafft hatte! (Weint)“ (P4/ Zeile 549-553)

Während manche Kinder bis zum Schluss auf den Stationen zum Sterben bleiben, wollen andere Eltern und Kinder, dass das Kind zuhause stirbt:

„Das ist scho traurig, oder wenn man die Kinder dann heimschicken muss, zum Sterben, weil es nimmer anders geht.“ (P5/ Zeile 875)

Pflegende erzählten von Kindern, welche so oft und so lange auf einer Station waren, dass MitarbeiterInnen von ihnen sagten, *„Die gehören einfach dazu“*. Wenn solche Kinder sterben, ist in manchen Fällen fast das gesamte Team zur Beerdigung zugegen:

„Ja, weil wir ihn halt auch schon sehr lange gekannt haben (kämpft mit den Tränen). Und dann wie der gestorben ist, waren wir fast alle auf seiner Beerdigung. Waren nur in Not-Besetzung da, weil das ist uns allen ganz nah gegangen damals. [...] Und das war so ein, ja, er hat halt einfach zu uns dazu gehört. Der Anton war schon ganz lang da.“ (P5/ Zeile 905-913)

5.8.2 „I don't think that a very good nurse would do“

In diesem Kapitel werden die Äußerungen der PatientInnen und ihrer Angehörigen dargestellt, welche sie über die Grenzen von Humor in der Pflege machten. Ob gewisse Grenzen eingehalten werden, formt mitunter das Bild der PatientInnen über die Professionalität der Pflegenden.

Abgesehen von einem Jungen, der davon sprach, dass er es grundsätzlich bevorzugt, eher zu lachen als nicht, erklärten alle anderen InterviewPartnerInnen Situationen, welche absolut

unpassend für Humor wären und waren. Dennoch, unpassende Situationen gibt es bei diesem Jungen...:

„Relativ selten. Also es ist besser, man ist öfter lustig, als wie nicht.“ (K2/ Zeile 290)

Ein Mädchen fasste mit ihren Worten zusammen, was auch die Grundhaltung der anderen Kinder und Mütter in den Interviews war. Sie meinte, dass eine gute Krankenschwester keine Scherze machen würde, wenn es einem Kind schlecht geht. Weil das Mädchen nur gute Erfahrungen mit sensiblen Pflegenden machte, stellt sie sich eine Unsensible vor, welche Humor zur falschen Zeit einbringt:

„I think, that she is not sensitive to others feelings. Or some situations. But I never saw a nurse like that. But I can imagine that a boy who has his arm broken and they try to be funny. But I don't think that a very good nurse would do.“ (K5/ Zeile 394-396)

Während diese Patientin nur von guten Erinnerungen sprach, erzählte eine Mutter über ihre Erfahrung mit Pflegenden, welche ihre Fröhlichkeit oder Freundlichkeit in unpassenden Momenten zeigten oder falsch dosierten. Die Mutter berichtet von einer Situation, in welcher eine Pflegende fröhlich frische Luft in das Zimmer bringen wollte, ohne zu beachten, dass ihre Tochter nackt im Bett lag.

„Die Schwester war gut drauf, die ist dann rein geplatzt und es war Winter und sie war nackt. Das ist mich dann voi angegangen. Obwohl sie freundlich rein gegangen ist. Aber das macht man nicht, wenn ein Kind nackt im Bett liegt!“ (K1 & M1/ Zeile 275-277)

Die Mutter begründete solch erlebte Umgangsformen der Pflegenden dadurch, dass diese nicht aufmerksam genug und teilweise sogar blind gegenüber den Bedürfnissen der PatientInnen sind.

„Ja weils gerade mit den Gedanken wo anders sind. Und die Arbeit gerade einfach machen und nur nebenbei beobachten, was im Zimmer eigentlich wirklich geschieht. Und wie es den Menschen wirklich geht. Und sie einfach durchziehen wollen, was sie zu tun haben. Nicht auf die, .. das gerade schauen, was die Patienten oder die Kinder dann brauchen.“ (K1 & M1/ Zeile 286-289)

Kinder äußerten außerdem, dass sie es nicht gerne haben, wenn die Symptome ihrer Krankheit direkt angesprochen werden. Wenn es etwa um das Benennen von Gewichtsproblemen geht, ist ein pubertierendes Mädchen äußerst schnell gekränkt (siehe Seite 97, K6). Um hier kein Missverständnis aufkommen zu lassen, sagte die Pflegende ihr „nur“, sie sollte auf ihr Gewicht achten, machte aber keine humorvollen Äußerungen darüber. Sie wollte auch nicht, dass andere das „Zittern“ ihres Armes, welches sie selbst so bezeichnete, auch so nennen oder sie deswegen anschauen.

Bereiche, in welchen Pflegende ihren Humor nach Ansicht der befragten Kinder ebenfalls weglassen sollten ist, wenn Kinder von Ärzten eine Krankheits-Diagnose bekommen.

„When the doctor came and told my father that I am Diabetes but we don't know which type. He was really shocked, and I was even more shocked.“ (K5/ Zeile 384-385)

Das Mädchen beurteilte das Verhalten der Pflegenden in dieser Zeit als angebracht, weil sie nicht versuchten, sie durch Scherze oder Relativierungen aufzuheitern. Stattdessen waren sie für sie da und kümmerten sich:

„Nurses didn't come and were saying „Oh“ or making me laugh. Only said „Okay“ „I hope you will be ok“. They were not funny, just caring. [...] No it's no fun!“ (K5/ Zeile 384-391)

Was Operationen betrifft sind Kinder ebenfalls der Meinung, dass Scherze und Lachen der Pflegend darüber oder währenddessen unangebracht sind. Erlebt hat der erzählende Junge ein solches Verhalten aber noch nicht.

„Ja wenn irgendeine wichtige OP stattfindet, [...] die lachen dann darüber, über das. Und jeder fangt dann an zu Lachen.“ (K4/ Zeile 307; 314)

5.9 Ergebnisse aus den Beobachtungen

Während in den Ergebnisteilen 5.1-5.9 der Fokus sehr stark auf der Darstellung der Ergebnisse aus Interviews mit verschiedenen Personengruppen lag, werden in diesem Kapitel die Ergebnisse der Beobachtungseinheiten in den Mittelpunkt gerückt. Insgesamt ergaben sich fünfundzwanzig Domänen, welche in drei Sinneinheiten zugeordnet wurden:

Die drei kulturellen Bereiche sind:

1. Der erste Bereich vereint verschiedenste *Ausdrucksformen von Kindern im Kinderspital* (12 Bereiche). Viele, aber nicht alle von ihnen, waren chronisch krank.
2. Der zweite Bereich zeigt auf, welche *Arten von Kontakten Kindern zur Beschäftigung* zur Verfügung standen (4 Bereiche).
3. Der dritte und letzte Bereich vereint die verschiedenen *Spezifitäten Pflegerischer Versorgung und Betreuung* (9 Bereiche), wobei auch solche Situationen mit einbezogen wurden, in denen kein direkter Kontakt zwischen Pflegenden und Kindern bestand.

5.9.1 Ausdrucksformen von Kindern im Kinderspital

In der Analyse wurden verschiedenen Bereiche der Ausdrucksformen zwölf Domänen zugeteilt, welche im Folgenden mit einigen Beispielen erklärt werden.

Kindliche Begeisterung zeigen

Es wurden etliche Situationen beobachtet, in denen besonders die Begeisterung der Kinder, irgendetwas zu machen, stark hervorstach. Worin sich kindliche Begeisterungen zeigte, war das stundenlange Basteln von Perlentieren und Verschenken der Gebilde an PatientInnen und Pflegende. Ein Kind sammelte über Wochen hinweg begeistert seine Stöpsel, mit welchen sonst die, in die Unterarmvenen der Kinder eingebrachten, Zugänge für Infusionen, verschlossen werden. Nach einem mehrwöchigen Aufenthalt schuf er daraus einen „Hulahupreifen“ mit ungefähr 50 cm Durchmesser (1.1). Ein Kind zeigte große Begeisterung darin, einen Rollstuhl zum Hindernislauf am Krankenhausgang einzusetzen (1.5). Ein anderer Junge begeisterte sich über das Zerplatzen von Seifenblasen (2.17). Außerdem zeigte sich, dass manche Kinder gerne anderen vorlasen. Ein circa acht jähriges Mädchen hat mit Feuereifer und großem Gekicher die Unterhalterin für den Rest der Gruppe beim Lesen gespielt. Für Kinder und PraktikantInnen, indem sie immer wieder die gleiche Textpassage in verschiedenen Varianten vorgelesen hat (2.30).

Über externe Reize lachen

Es wurden viele verschiedene Situationen oder Reize erlebt, welche der Auslöser für das Lachen eines Kindes waren. Das reicht von einer missglückten Zeichnung, über Tore Schießen und Gewinnen im Tischfußball und anderen Brettspielen bis hin dazu, dass Kinder sich gegenseitig mit Lachen anstecken (1.17, 1.18, 1.19). Bei Letzterem ist besonders der Umstand, aufgrund von Schmerzen nicht lachen zu können ein Anreiz, andere Kinder umso mehr durch lustige Aktionen zum Lachen zu bringen. PatientInnen amüsierten sich außerdem darüber, wenn andere Kinder aufgrund von Schmerzen in Lachen verfielen (1.52). Auch die Worte von Pflegenden waren eine Art Lachauslöser bei den Kindern, zum Beispiel wenn diese lustige Aussagen der Kinder nachsprachen (1.38, 2.20). Auch die komischen Darbietungen von Klinik Clowns sorgten für Lachauslöser unter vielen Kindern (2.12). Kinder lachten darüber, wenn Gegenstände vor ihnen versteckt wurden und dann plötzlich wieder aufgetaucht sind (1.44). Genauso waren Tierlaute, welche Kinder mit Pflegenden oder PraktikantInnen nach zu machen und erraten zu versuchten (1.54), ebenfalls solche Lachauslöser.

(Mit verschiedenen Personen) Spaß haben

Es zeigte sich außerdem, dass Kinder mit verschiedenen Personen zusammen Spaß erlebten. Eine Möglichkeit dazu, bot sich unter den Kindern vormittags im Spielzimmer bei Basteleien unter Anleitung der Erzieherin. Eine Gruppe von Kindern gestaltete kleine Figuren aus Moosgummi oder Perlen. Es entstand eine heitere Atmosphäre, wobei alle Kinder Spaß zu

haben schienen (1.9). Kinder hatten dann auch Spaß dabei, wenn sie komische Zeichnungen anderer Kinder ansahen, welche nicht eindeutig erkennen ließen, was das Gezeichnete darstellen sollte (1.17). Eine andere Art, wodurch Kinder zumindest Spaß erlebten, waren gemeinsame Computerspiele oder Tischfußball (1.36, 5.8). Kinder bekamen manchmal auch Besuch von ihren SchulfreundInnen aus ihrem Heimatort, mit welchen sie Spaß hatten (2.14). Was die Reaktionen auf Humorinterventionen der Pflegenden betrifft, zeigte sich, dass Kinder darauf mit Lachen reagierten, weil es ihnen Spaß bereitete. Zum Beispiel wenn Kinder über deren lustige Kommentare und Scherze lachten und darauf mit eigenen Sprüchen reagieren (1.4, 1.38). Es kam auch vor, dass Kinder Pflegende korrigierten oder belehrten, wenn sich diese dumm stellen (2.25). Spaß ergab sich auch dadurch, wenn Pflegende Kindern während Behandlungen private Geschichten erzählten oder lustige Grimassen machten, worüber die Kinder lachten und sich amüsierten (2.24, 2.7). Ein Mädchen hatte großen Spaß mit einer Pflegenden, als diese sich eines von ihren Klebe-Tattoos auf den Bauch klebte und skeptisch begutachtete (1.50).

Im Vergleich zu den Pflegenden, wurden aber fast noch mehr Situationen beobachtet, in denen Kinder mit PraktikantInnen Spaß hatten. Einmal forderte eine Praktikantin ein Mädchen auf, mit ihrem Müll in den Mülleimer zu zielen (1.20), was dieser sichtlich Spaß machte, weil sie nicht aufhören wollte. Spaß schienen Kinder mit PraktikantInnen auch dann zu haben, wenn diese mit ihnen mit einem Computerprogramm zeichneten (1.22).

Als Kind (nicht) gerne im Krankenhaus sein

Es zeigte sich, dass Kinder beim nach Hause gehen zu weinen begannen. Sie wollten entweder mit anderen Kindern weiter spielen oder im Spielzimmer etwas fertig machen (1.2, 1.3).

Es wurde aber auch eine Situation beobachtet, in welcher ein Mädchen nicht mehr im Krankenhaus sein wollte. Sie rannte mit tränenüberströmtem Gesicht davon, als eine Wohltätigkeitsorganisation den Kindern eine Freude bereiten wollte. Es wurde allen Kindern im Krankenhaus eine Fahrt in einem teuren Sportwagen angeboten. Nach diesem Ereignis sagte das Mädchen zu mir, dass sich durch eine kurze Autofahrt nichts daran ändern würde, dass sie danach wieder ins Krankenhaus zurück und dort bleiben muss (5.10).

Stimmungsänderung zeigen

Bei einem Jungen, welcher über fünf Wochen hinweg stationär anwesend war, ließen sich gegen Ende dieser Zeit deutliche Stimmungsverbesserungen feststellen. Anfangs war er viel an sein Bett gebunden und hatte immer einen Infusionsständer an seiner Seite. In diesem Zustand war der etwa achtjährige fast nie lachend oder lächelnd zu sehen und redete kaum. Mit

Entfernen der Zugängen an seinen Händen und den Schläuchen in der Magengegend besserte sich seine Stimmung merklich: er redete mehr, lachte und konnte sich frei und auf andere zubewegen (1.22).

Überforderung zeigen

In einigen Situationen wurden Ausdrucksformen beobachtet, welche eine Art sind, wie sich Überforderung eines Kindes im Krankenhaus zeigen kann. Heulkrämpfe, Nervosität, Quengeligkeit oder das Genervt sein wegen medizinischer oder pflegerischer Versorgung sind solche Ausdrucksformen (2.6, 1.3, 1.22). Während der Beobachtungen wurden manchmal weinende oder sehr traurig wirkende Kinder gesehen. Anlässe dafür waren Langeweile oder Schmerzen (2.5), die Aufnahme und erste Untersuchungen (1.16). Mehr als einmal war auch die Entlassung aus dem Krankenhaus ein tränenreiches Ereignis (Beobachtung 1.2, 1.3). Aktionen, bei denen regelrecht ohrenbetäubend gebrüllt wurde, waren sehr aufwendige Versorgungsvorgänge wie das Einlegen einer Sonde durch die Nase (1.25), der Verbandswechsel eines stark traumatisierten Jungen (2.29).

Ein Mädchen hatte aber auch Tränen in den Augen, als ich sie fragte, ob sie nicht mehr im Krankenhaus sein wollte (5.10), was als traurige Zustimmung wahrgenommen werden muss. Aber auch die Tatsache, dass sich ein Kind bei mir als Praktikantin und anfangs fremde Person über die Probleme mit ihrer Mutter ausweinte, zeigt, wie groß die Überforderung mancher Kinder ist (1.23).

Nach Gesellschaft suchen

Kinder gingen verschiedene Wege, um nach Gesellschaft zu suchen und welche zu finden. Entweder sie suchten die Gesellschaft der Pflegenden oder PraktikantInnen am Stützpunkt. Dort verzehrten Kinder manchmal ihre Mahlzeit (1.6) oder ließen sich am Computer etwas von einer MitarbeiterIn zeigen (1.36). Den Kontakt zu anderen Kindern suchten PatientInnen beim Basteln im Spielzimmer (1.9). Manche beschlossen auch, anderen Zimmern und PatientInnen einen Besuch abzustatten. (1.5, 1.19). Als Gesellschafter kamen aber auch anwesende Eltern oder Geschwister der anderen PatientInnen in Frage (1.36).

Neugierde zeigen

Eine Ausdrucksform, welche immer wieder aufgefallen ist, war das Zeigen kindlicher Neugierde. Entweder wollten die Kinder von den Pflegenden genaue Erklärungen haben, was die einzelnen Geräte messen und wofür gewisse Dinge benötigt werden (2.24a). Oder Kinder erkundigten sich bei mir, was ich in meinen Beobachtungs- und Gesprächsnotizen festhielt. (1.27, 1.40).

Erfahrenheit zeigen

Eine weitere Ausdrucksform war Erfahrungheit der Kinder gegenüber den Routinen und Ereignissen, welche sich im Krankenhausalltag abspielten. Besonders Kinder, welche für längere Zeit im Krankenhaus „wohnten“, übernahmen manchmal die Rolle einer Person, welche neuen Kindern die Abläufe und die Ausstattung auf der Station erklärte (1.8). Erfahrene Kinder wussten etwa auch, wann ein anderes Kind eine Operation hatte, wonach sie es in Empfang nahmen und besuchten. Was die Versorgungen betrifft, waren erfahrene Kinder teilweise total entspannt, wenn sich ein Sauerstoffkabel verklemmte oder sie ihre Sonde mit Flüssigkeiten spülen mussten. Entspannt in dem Sinne, dass sie nebenbei trotzdem spielten, ein Buch lasen und fröhlich waren (1.52, 2.25). Erfahrungheit mit dem Krankenhaus und der Erkrankung zeigt sich auch darin, dass Kinder manchmal Pflegende darauf hinwiesen, dass gewisse Dinge ordnungsgemäß anders durchgeführt werden müssten (2.26).

Seinen Bewegungsdrang ausleben

Es wurden verschiedene Arten beobachtet, durch welche Kinder ihren Bewegungsdrang im Krankenhaus auszuleben versuchten. Mehrere Kinder rannten über den Gang bis zu einem Ziel, zum Beispiel dem „Spielzimmer“ um die Wette (1.43). Sie jagten auch Gummibällen nach, welche über den Gang geschossen wurden (1.44). Ein circa fünf jähriges Mädchen, welches die meiste Zeit ein Auge zu geklebt hatte und auch am Arm einen Verband hatte, tanzte gerne über den Gang. Beim Tanzen drehte sie sich im Kreis, stupste einen Luftballon in die Höhe, machte lustige Geräusche und freute sich über das Schwingen ihres Kleides. Als sie das machte, lachte sie aus voller Seele und steckte dadurch manch anderes Kind oder MitarbeiterInnen beim Vorbeigehen mit ihrer Fröhlichkeit an (siehe Beobachtung 1.42).

Sich selbst in gesundheitliche Gefahr bringen

Einmal war der Bewegungsdrang oder der Übermut bei einem Mädchen so groß, dass trotz der mahnenden Hinweise einer Pflegenden ein Wettrennen mit einer Lehrperson der „Schule für Kranke“ über das Treppenhaus veranstaltet wurde. Nachdem das Kind aber außer Acht ließ, dass es in seinem Rucksack etlichen Schläuche hat, die aus verschiedenen Körperöffnungen kommen, brachte es sich durch diese Aktion selbst in gesundheitliche Gefahr, welche von der Pflegenden schließlich gebannt werden konnte (1.11).

(Keine) Reaktionen auf Pflegende zeigen

Pflegende versuchten in vielen Situationen, Kontakt zum Kind durch Ansprache oder verschiedene Animationen herzustellen. Es wurden manche Situationen beobachtet, in

welcher ein Kind diese ignorierte und keine Reaktion darauf zeigte (1.41). In einer anderen Situation redete eine Pflegende mit einem Kind, während sie es für die Schule für Kranke fertig machte. Die einzige Reaktion, welche das Kind dann zeigte, war der Pflegenden in einem Befehlstone zu verdeutlichen, wo und wie ein Kabel verstaubt werden sollte (1.10). In einer anderen Situation war ein Mädchen beleidigt, weil eine Pflegende mahnende Worte sprach, zeigte aber keine Reaktion bezüglich der Worte der Erwachsenen (1.11).

5.9.2 Beschäftigung durch verschiedene Personen

Die Domänen bezüglich der Beschäftigung der Kinder durch verschiedene Personen hat nur am Rande etwas mit Humor zu tun. Dennoch sind diese Kontaktformen Möglichkeiten des Zeitvertreibes, wodurch unterschiedliche humorvolle Situationen entstehen können. Es zeigte sich, dass Kinder mit drei Personengruppen in Kontakt waren. Diese waren in unterschiedlich starkem Ausmaß anwesend, um die Kinder zu beschäftigen. Weil nicht immer jemand zu Besuch sein konnte oder MitarbeiterInnen anderweitig beschäftigt waren, hatten sich die Kinder phasenweise längere Zeit selbst zu beschäftigen. Das gelang den Kindern einmal besser, andere Male weniger gut.

(Schwierigkeiten) Sich selbst zu beschäftigen

Was ich aus meinen Beobachtungen schließen kann, gibt es für die meisten Kinder viele Spielmöglichkeiten in den jeweiligen Spielzimmern. Viele der Kinder fanden eine geeignete Beschäftigungsform. Kleinere Kinder spielten auf einem Teppich mit Straßen und Kreuzungen, und fuhren darauf mit kleinen Autos (siehe Beobachtung 1.5). Das Repertoire des Spielzimmers reichte von Büchern über elektronische Medien bis zu allen möglichen Spielen und Basteleien. Es wurden aber nicht nur vorhandene Spielsachen verwendet. Auch wurde ein Kind beobachtet, wie es einen Rollstuhl umfunktionierte und damit am Gang ein Hindernislauf veranstaltete (siehe Beobachtung 1.5). PatientInnen behängten teilweise ihre Infusionsständer wie einen Weihnachtsbaum und fuhren mit diesem wie einem „Scooter“ über den Gang. Sie stellten sich darauf und wobei sie selbst oder eine andere Person, etwa eine Ärztin ihnen durch Anstupfen Schwung verschaffte (siehe z.B. Beobachtung 1.39). Beschäftigung fanden Kinder auch darin, auf einem MP3-Player Musik oder Hörspiele zu hören (1.27) sowie ein Buch oder einen Comic zu lesen. Kinder, die sich auf diese verschiedenen Arten selbst beschäftigten, zeigten deswegen manchmal ein Lächeln oder positive Stimmung. Heiteres Lachen wurde während dieser Aktivitäten nicht beobachtet.

Der Einfallsreichtum der Kinder, sich selbst zu beschäftigen, kam manchmal dennoch zu kurz. Das zeigen die Schwierigkeiten, welche bei manchen Kindern auftraten:

Dass es schwierig ist, sich selbst die ganze Zeit zu beschäftigen, zeigt sich darin, dass Kinder möchten, dass jemand etwas für sie etwas zeichnet oder ihnen ein Ausmalbild sucht (1.17, 1.22). Es kann aber auch soweit führen, dass sich zwei Kinder um ein Drittes streiten. Darüber, wer mit diesem Kind spielen darf (1.50). Die Schwierigkeiten sich zu beschäftigen manifestieren sich auch darin, wenn ein Kind aus Langeweile alle fünf Minuten läutet. Die Schwestern beklagten dann, dass es gar keine pflegerische oder andere Hilfe benötigte, es aber trotzdem immer wieder klingelte (1.5, 1.6).

Angehörige und Freunde

Einen sehr großen Anteil der Zeit verbrachten Kinder mit ihren Angehörigen und Freunden, welche sie unter anderem im Spital kennen lernten. Auffallend war, dass in solchen Konstellationen viel miteinander gelacht wurde. Bei den jüngeren PatientInnen war meistens die Mutter stationär mit aufgenommen, welche einen Großteil der Beschäftigung ihrer Kinder übernahmen. Väter spielten mit ihren Kindern Brettspiele, Tischfußball oder mit Luftballons (2.11, 1.21). Teenager empfingen gerne ihre (Schul-) FreundInnen, wobei manchmal größere Gruppen von bis zu fünf Personen auftauchten (2.14).

Nicht-pflegende MitarbeiterInnen

Unter den nicht-pflegenden MitarbeiterInnen gab es verschiedene Berufsgruppen, welche zur Beschäftigung der Kinder zur Verfügung standen, deren Beschäftigungsangebot wurde bereits (in Kapitel 5.3.2) bei den Humorinterventionen der Pflegenden im Bereich der Einbeziehung dieser Personen erwähnt. Vormittags wurde oftmals das die Beschäftigung durch Spielen und Schaffen unter Anleitung der Erzieherin beobachtet (1.30). Ebenso wurde ein Künstler gesehen, welcher einmal wöchentlich kreativ mit Kindern arbeitete, wobei diese mit Ton frei gestalten konnten (1.8).

PraktikantInnen, standen zwischendurch immer wieder für die Kinder zur Beschäftigung zur Verfügung. In Zuge dessen konnte beobachtet werden, dass Kinder mit diesen Personen gerne Tischfußball spielten oder etwas bastelten (1.15). Ein Praktikant konnte Kinder manchmal dazu bewegen, miteinander zu spielen. Etwa spielten zwei ungefähr achtjährige Mädchen mit unterschiedlicher Muttersprache miteinander, als der Praktikant sie bereits alleine ließ. Das deutsche Mädchen versuchte mehrere Male dem Mädchen aus Russland ein paar deutsche Wörter beizubringen, während sie zusammen an einem Tisch zeichneten (2.33).

Pensionierte Personen standen als ehrenamtliche MitarbeiterInnen zur Verfügung, um Kinder zu besuchen und zu beschäftigen. Ein älterer Herr und ein achtjähriges Mädchen lasen sich gegenseitig vor, hörten Musik, führten Gespräche über ihre Basteleien (1.4). Wenn das Mädchen keine Lust mehr auf den Kontakt zu ihrem Besuchs-Herren hatte, ließ sie ihn das auch wissen.

Pflegepersonen

Es wurde beobachtet, dass Pflegende MitarbeiterInnen versuchten, Kinder zu beschäftigen. Oft dann, wenn ein Kind durch das häufige Erscheinen am Stützpunkt signalisiert, dass es beschäftigt werden möchte (siehe Beobachtung 1.5, 1.6, 1.17, 1.22). Dann reicht bereits die bloße Anwesenheit und Unterhaltung der Pflegenden mit Kindern, um für eine Unterbrechung dieser Langeweile zu sorgen.

Pflegende stellten dann manchmal den Kindern auf den Computern am Stützpunkt einfache Rechenaufgaben oder ließen sie im Internet Vorlagen zum Ausmalen aussuchen und auf Papier ausdrucken. Die Reaktion der Kinder darauf war unterschiedlich, manche waren froh über jede Ablenkung, manche stellten sogar Ansprüche und Forderungen, was auf den Computern gemacht werden soll (1.22). Wirklich gelacht wurde in solchen Situationen nicht. Auf diese Art beschäftigen sich übrigens solche Kinder, welche den Stationsalltag und auch ihre räumlichen Grenzen gut kannten, weil sie schon länger da waren. Diese Kinder wussten, dass es ihnen manchmal erlaubt ist am Stützpunkt anwesend zu sein. Solche Situationen an den Stützpunkten wurden auf zwei von drei Stationen beobachtet (siehe Beobachtung 1.6, 1.22, 1.31 etc.).

5.9.3 Spezifitäten pflegerischer Versorgung und Betreuung

Dieses Kapitel widmet sich den Spezifitäten pflegerischer Versorgung und Betreuung. Dadurch wird aufgezeigt, welche Domänen im Kinderspital vorkamen, die mit *Humor und Lachen* in Verbindung gebracht werden können. Ebenso werden Bereiche erwähnt, in denen *Humor und Lachen* gerade nicht stattfanden, dafür aber Freundlichkeit trotzdem vorhanden war.

Beruhigungs- und Ablenkungsmaßnahmen einsetzen

Während pflegerischer Versorgung wurden einige Arten beobachtet, wie MitarbeiterInnen versuchten, die Kinder von dieser abzulenken. Zunächst wurde die Methode beobachtet, durch persönliche Themen und Gespräche Ablenkung zu verschaffen (2.24, 1.38). Es wurde Lob über schöne Haare ausgesprochen (1.4) oder etwas über den Spitznamen des Kindes gesagt (1.4). Lob ist auch ein Mittel, mit dem versucht wird, Kinder zum Schlucken ihrer Tabletten zu überzeugen (1.6). Es wird aber auch versucht, Kinder mit lustigen Sprüchen, davon zu überzeugen, dass sie sich waschen sollten: „*Wenn du dich da nicht wäschst, dann kommen die Viecher*“ (1.14). Pflegende versuchten auch durch Erklären und Besänftigen und das Sicherstellen der Nähe der Eltern das Kind zu beruhigen (1.25). Es wurde beobachtet, dass Pflegende während der Versorgung den Kindern das Gefühl geben, tapfer zu sein (1.25). Als ein Junge vor einem Desinfektionsspray Angst hatte, zeigte ihm eine Pflegende zuvor an seinem Teddybären, dass aus dem Spray kühle nasse Flüssigkeit kam, welche keine Schmerzen verursachen kann (2.17).

Ein Kind erzählte, dass es aufgrund seiner Angst vor der Untersuchung in der Röhre für Computertomografie große Angst hat, weswegen ihr von den Ärzten Beruhigungstabletten verschrieben wurden. Diese erklärten ihr, dass diese starke Nebenwirkungen haben können, vor welchen sie wiederum Angst bekam (1.23).

Kinder animieren

Eine Pflegende gesellte sich nach der pflegerischen Versorgung zum Tischfußball mit der Familie und ihrem kleinen Patienten und spielte mit ihnen. Die Pflegende wirkte wie eine Animateurin und schrie „*Tor, Tor*“, als der Junge ein solches schoss. Die Eltern lachten mit ihr, während der Junge noch immer verängstigt und skeptisch schien (2.13).

Gemütszustände von Kindern in Pflegeübergabe diskutieren

Es wurde beobachtet, dass in der pflegerischen Übergabe die Gemütszustände der Kinder ebenso wie ihr Krankheitszustand besprochen wurden. Also auch, ob ein Kind fröhlich oder traurig ist, mit wem es spielt und wie es auf Ansprache reagiert (2.10). Nach einer

gemeinsamen heiklen Versorgungssituation teilte eine Pflegende ihrer Kollegin froh mit, dass sich ihren Patienten beruhigen konnte. Mitunter konnte er wegen lustiger Animationen bei seinem Computerspiel auch wieder lachen (2.29).

Belohnungsmaßnahmen nach Versorgung einsetzen

Nach erfolgreicher Versorgung kümmerten sich Pflegende darum, dass die PatientInnen für ihre Tapferkeit belohnt werden. Ein kleiner Junge hatte besonders große Angst vorm Pflasterwechsel, weshalb ihm die Pflegende danach Seifenblasen schenkte. Sie erklärte, dass dies sowohl zur Belohnung als auch zum Vergessen der Schonhaltung und zur Betätigung der Lunge führt (2.17). Ansonsten belohnten Pflegende Kinder mit Lob, bemalten Luftballons und kleinen Gegenständen aus der „Tapferkiste“ (2.29, 1.29).

Humorvolle Stimmung im Team

Es wurden innerhalb des Teams immer wieder Situationen beobachtet, welche auf eine humorvolle Stimmung in einem solchen Team schließen lassen. Manchmal mehr manchmal weniger, wird während der Übergabe geschertzt und gewisse Kinder mit einem Augenzwinkern besprochen (1.7). Pflegende schmunzeln über die Eigenheiten gewisser Kinder, über welche gesprochen wird (1.13). Pflegende warfen während der Übergabe verschiedene Aussagen zu einem Jungen in die Runde:

„Er wollte gestern wegen seinem amputierten Fingerglied sterben.“ Antwort „Glaube, er stirbt eher, weil er keine Infusion will!“ (2.27).

Humorvolle Stimmung äußert sich auch darin, dass in den gemeinsamen Pausen über private Erlebnisse geschertzt wird, welche relativ wenig mit dem Stationsalltag zu tun haben (1.47).

Ohne Humor und Lachen mit Kindern freundlich umgehen

Es wurde auch oft ein Umgang gezeigt, welcher lächelnd und freundlich war. Dieser kann nicht direkt mit *Humor und Lachen* in Verbindung gebracht werden. Etwa wenn eine Pflegende lächelnd nach den Bedürfnissen eines Jungen fragt, dieser freundlich erklärt er hätte keine und sie daraufhin das Zimmer wieder verlässt (2.20).

Keine Ambitionen Beruhigungs- und Ablenkungsmaßnahmen einzusetzen

Manchmal wurden Situationen beobachtet, in denen Pflegende ganz neutral an ein aufgeregtes oder trauriges Kind herangetreten sind, ohne irgendeine Art von Beruhigungs- oder Ablenkungsmaßnahme einzusetzen. Es kam auch vor, dass keine Pflegende an die Familien herantrat, in der Mütter mit ihren Kindern neben dem Stützpunkt waren und ihre Kinder beruhigten. Pflegende überließen es den anwesenden Eltern, mit dem Kind zu reden und von seinen Tränen abzulenken (1.3, 2.6). Aber auch, wenn eine Pflegende bereits im

Gespräch mit einer solchen Mutter war und das Kind weinte, konzentrierte sie sich auf das Gespräch mit der Mutter und die Fakten, ohne irgendwelche Ambitionen zu zeigen (1.16). Bei einem anderen Kind wurde die Bettunterlage gewechselt, weil diese eingenasst war. Die Pflegende nahm während dieser Tätigkeit mit dem traurig wirkenden Jungen, welcher weder Deutsch noch Englisch verstand, keinen persönlichen Kontakt auf. Außer einer Anweisung sein Gesäß zu heben, gab es keinen Versuch, den Jungen persönlich anzusprechen oder aufzuheitern (1.24). Eine andere Situation, welche dieser Domäne entspricht, war, als eine Pflegende einem Mädchen morgens eine Insulinspritze gab. Sie kündigte diese kurz an, und verabreichte sie mit den Worten: „1, 2, 3 und Bam!“ (1.41a)

Zur Vermeidung von Gefahren Strenge zeigen

Eine Pflegende musste einem Kind Gefahren erklären und verdeutlichen, welche es zuvor eingegangen ist. Die Pflegende erklärte, dass zur Vermeidung von Gefahren Strenge zu zeigen unumgänglich sei. Einem Kind könnte in einer gefährlichen Situation nicht mit Humor oder Lachen begegnet werden. Ansonsten würde es in Zukunft die Tragweite der Gefahr auch nicht verstehen und vermeiden können (1.11).

Kommunikationsprobleme

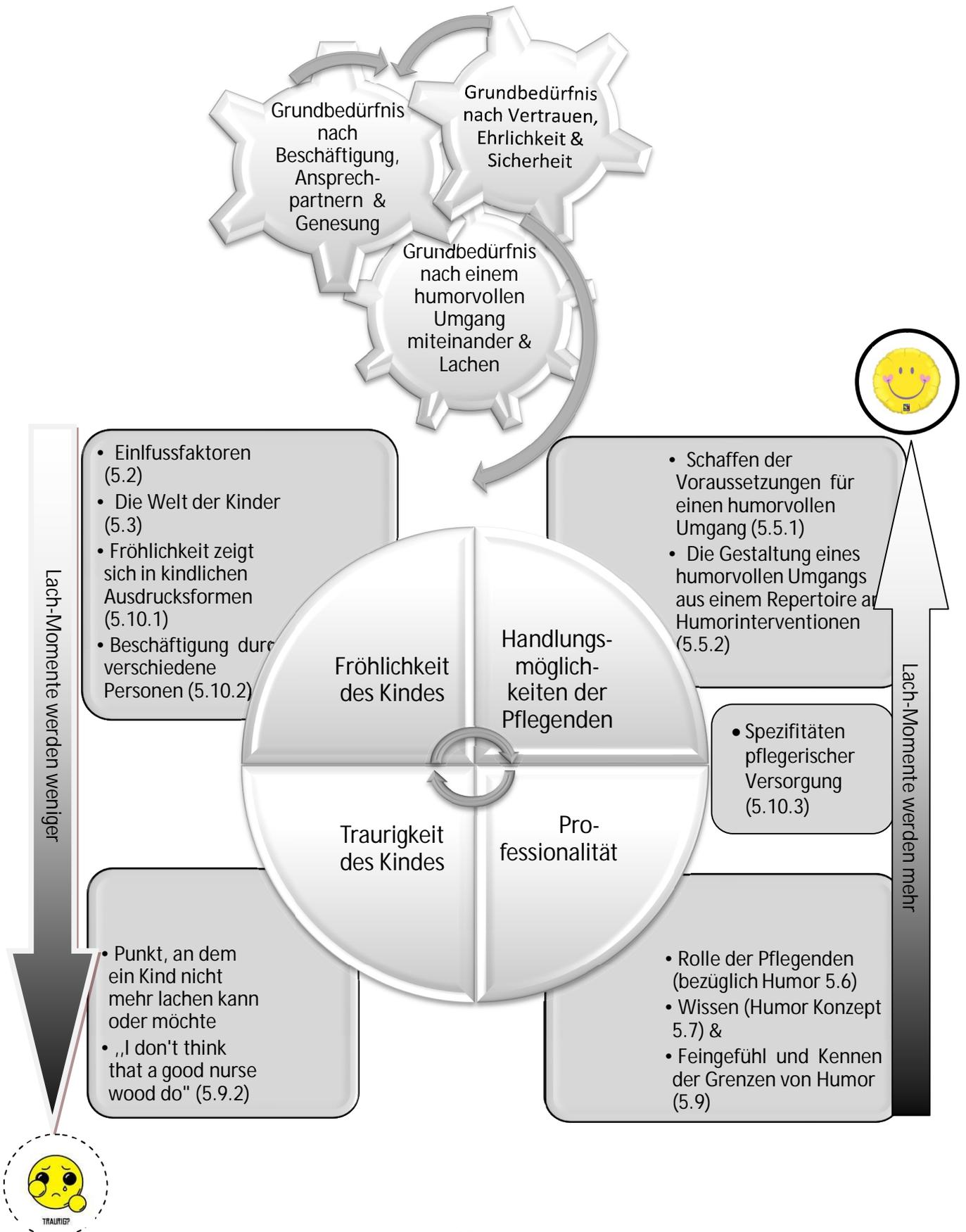
Arten, wie sich Kommunikationsprobleme äußerten, zeigten sich so manche. Immer wieder lagen in Zimmern PatientInnen und deren Angehörige in einem Raum, welche keine gemeinsame Sprache hatten. Mütter beklagten, dass sie mit arabischen oder russischen Eltern nur non-verbal oder brockenweise in Englisch kommunizieren konnten. Der Wunsch sich mit anderen zu unterhalten bestand bei Eltern und Kindern (1.24). Dann zeigten sich Kommunikationsprobleme innerhalb der Familien. Ein solches Problem wurde ersichtlich, als sowohl das Kind als auch die Mutter mit mir über ihre Probleme sprechen wollten (1.23). Ein vielleicht gravierenderes Kommunikationsproblem bestand darin, dass Kinder nach der ärztlichen und pflegerischen Visite ihre Eltern fragten, was eigentlich gesagt wurde (2.24).

5.10 Definitions-Versuche von Humor

Abschließend lassen drei Dinge fest stellen: *Erstens* Humor ist stark an soziale Situationen gebunden, wobei Humorvolles sich in verbalen oder nonverbalen Äußerungen, aber auch in Taten wie dem Umwandeln negativer in positive Situationen durch verschiedene humoristische Mittel erscheint. *Zweitens* wird von Pflegenden Humor oft als sogenannte Situationskomik in die Beziehung eingebaut und wird von Pflegenden, wenn auch teilweise gezielt, meistens spontan angewendet. Denn viele Pflegende sehen Humor als eine

Charakteristik, welche eine in der Kinderpflege tätige Person mit bringen sollte und welche nicht unbedingt durch theoretisches Schulwissen gelehrt werden kann. *Drittens* ist bei den Kindern Lachen abzugrenzen von Spaß, welchen man auch empfinden kann, ohne zu lachen. Deswegen würde ich sagen, Lachen selbst ist aus Sicht der Kinder eng an Humor gebunden und zeigt sich bei Kindern im Amüsieren über Witze, komische Situationen oder Missgeschicke. Hier schließt sich der Kreis zum ersten Punkt wieder: Während manches auch alleine Spaß macht, zum Lachen braucht ein Kind mehr, es braucht die Gesellschaft anderer. Auf Pflegende bezogen, möchte ein Kind das Gefühl haben, dass um es herum Menschen arbeiten und es betreuen, welche ihre Arbeit mit Freude tun. Aber auch, dass sie Zeit und Engagement genug haben, sich auf jedes einzelne Kind einlassen zu können und zu wollen. Abseits von Humor haben PatientInnen die Anforderung an eine Kinderkrankenpflegende welche primär nett ist und auch einen gewissen Sinn für Humor mitbringt.

Die Zusammenhänge der wesentlichen Ergebnisse werden in der unterhalb gezeigten *Grafik 4* schematisch dargestellt, die Zusammenhänge wurden in den jeweiligen Kapiteln erklärt:



6 Interpretation der Ergebnisse und zusammenfassende Diskussion

Zusammenfassend lässt sich zur Bedeutung von *Humor und Lachen* im Bereich der stationären Pflege und Betreuung chronisch kranker Kinder feststellen, dass diese im aktuellen Untersuchungsbereich eine wichtige Bedeutung einnimmt. Eingesetzt wird ein humorvoller Umgang von den professionellen Akteuren individuell und nach persönlichem Gespür für passende Situationen ohne, dass Humor im Leitbild der Klinik im Sinne einer gemeinsamen Zielsetzung verankert ist, was sich mit Erkenntnissen von Hirsch (2001) deckt. Interessant ist auch, dass StationsleiterInnen aussagten, nur Personen mit Sinn für Humor ins Team zu nehmen und Pflegende aussagten, Humor ist für sie etwas, das zum Berufsbild der Kinderkrankenpflege dazu gehört.

Die Ergebnisse zeigen auch, dass Kinder Lachen, Scherzen, Spielen und Ähnliches meistens als etwas sehr Selbstverständliches wahrnehmen, was sie mit von sehr heiklen Situationen abgesehen gerne tun. Dies geht einher mit den Erkenntnissen von Adtedt-Kurki (2001), welche erklärte PatientInnen, welche Humor schätzten, es auch während Krankheit tun. Zudem wissen Kinder Lachen als gemeinsames Erlebnis mit den betreuenden Pflegenden, neben anderen Beziehungsfaktoren, sehr zu schätzen.

Ein weiteres spannendes Ergebnis ist auch, dass drei von sechs befragten Kindern eine positive Lebenseinstellung zeigten, viel lachten oder von ihren Eltern sogar als besonders „*positiver Persönlichkeitstyp*“ beschrieben wurden. Anders als Erwachsene, welche mit ihrer Erkrankung manchmal hadern, kennen die meisten der befragten Kinder ihr Leben nicht ohne ihre chronische Erkrankung. So ist Lachen für sie etwas, das sie aus der Situation heraus tun auch wenn sie diese Erkrankung haben. Weil Kinder ihre Erkrankung anderes als Erwachsene wahrnehmen, ist es möglich, dass Pflegende auch oft mit einem lockeren, humorvollen Umgang auf sie zugehen.

Dass *Humor und Lachen* bei Kindern oft mit dem Spielen in Verbindung steht, lässt sich durch das ständige Zurückkehren der Kinder in den Interviews auf die Thematik des Spielens sowie die Beobachtung verschiedenster Spielvarianten schließen. Die Wichtigkeit des Spiels deckt sich auch mit McGhee's Einschätzung zum hohen Stellenwert von Spielen für den kindlichen Humor (1989). Die Beobachtungen in der Übergabe zeigten außerdem, dass zum Krankheitszustand und den notwendigen Pflegemaßnahmen auch die Gemütszustände der

Kinder besprochen wurden. Dabei wurde das Thema Spielfreude und Lachen immer wieder thematisiert, was wiederum erkennen lässt, dass Pflegende diesen eine große Bedeutung beimessen. Oft wurden heikle Fälle von Kindern, die sehr traurig oder ängstlich waren, an die Ergotherapeutin weiter gegeben. Diese sollte in Gesprächen mehr über die Situation des Kindes herausfinden oder für eine geeignete Beschäftigungsform sorgen. Dass Pflegende diesen Part oft nicht selbst erledigen konnten, schrieben sie Zeitmangel zu. Obwohl der berichteten positiven Reaktionen der Kinder auf *Humorinterventionen*, verneinten Pflegende die Verschriftlichung möglicher humorbezogener Ressourcen und bevorzugter Themen, über welche eine Kind lachte in der Pflegeanamnese oder Dokumentation. Demnach wird im Bereich des Humor Anwendens noch nicht der Weg gegangen, wie Bischofberger (2008) ihn empfiehlt: Anamnestische Informationen als Ausgangslage nutzen und das professionelle Handeln nachvollziehbar machen.

So wie Weber (2010) und Golden et al. (2006) das Spielen mit Stofftieren als Angst mildernde Ressource vor Operationen nachwiesen, zeigte sich in der vorliegenden Untersuchung, dass diverse persönliche Gegenstände wie Stofftiere in die Versorgung einbezogen wurden. Durch das Vorzeigen an einem Teddybären wurden (*unangenehme Pflege-*) *Handlungen mit positiven Assoziationen* verknüpft. Dadurch sowie durch das Spielen überhaupt oder Bücher ansehen, konnten Kinder von Untersuchungen abgelenkt, sowie auch die Angst vor Desinfektionssprays, Spritzen oder dem Verbandswechsel gemildert werden.

Abgesehen von der Bedeutung von Lachen und Spielen für chronisch kranke Kinder interessierte hauptsächlich, ob Humor im Umgang der Pflegenden mit den Kindern eine bedeutsame Rolle einnimmt. Wie auch die Literatur zeigt, ist das Phänomen Humor komplex. In der vorliegenden Arbeit wurden Humor und Lachen durch verschiedene Komponenten beschrieben, wobei zwischen Beschäftigungsformen und Humorbezogenen Kategorien unterschieden werden muss.

Grundsätzlich sehen sowohl Pflegepersonen als auch PatientInnen und Angehörige Humor und Lachen als etwas sehr Wichtiges in der Kinderkrankenpflege. Dennoch besteht in der Wahrnehmung Pflegender und Pflegeempfänger manchmal ein Unterschied zum Einsatz von humorvollem Umgang.

Denn auf der einen Seite erachten Pflegende die genannten Phänomene für das seelische Wohl eines (chronisch kranken) Kindes als notwendig, ja gar als eines von sieben

Grundbedürfnissen während eines Krankenhausaufenthaltes, wie etwa die Bedürfnisse nach *Beschäftigung, Ansprechpartnern und Genesung*. Bevor das Bedürfnis nach einem *humorvollen Umgang* erfüllt werden kann, müssen Pflegende aber andere Grundbedürfnisse sicherstellen, wie etwa jene nach *Vertrauen, Sicherheit und Ehrlichkeit*. Wenn diese erfüllt sind, geben Pflegende etliche Varianten von *Humorinterventionen* an, welche ihren humorvollen Umgang oder Stil ausmachen. Neben den bereits erwähnten Humorinterventionen geben Pflegende an, wie sie *Humor fördern*. Indem sie ihr *Verhalten Kindern anpassen, humorvolle Berührungen, verbale oder nonverbale Äußerungen tätigen, mit Kindern etwas Spielerisches nicht Pflegerisches machen* oder *Dinge und Personen verschönern*. Im Mit dieser Auflistung an humorbezogenen Interventionen nahm ich Bezug auf Bischofberger, welche in ihrem Konzept fünfundzwanzig Interventionen auflistete und beschrieb. Im Unterschied dazu wurden hier die Interventionen in Kategorien zugeteilt. Was in der Analyse als Humorintervention betitelt wurde, empfanden Pflegende meistens als etwas „ganz Normales“ in der Kinderkrankenpflege, was sie nicht unter dem Aspekt von Humor gesehen hätten, was auch du Pré feststellte (1998). Außerdem nannten zu Beginn der Interviews jene Pflegende, welche Humor zwar unterschiedlichst einsetzten, auf die Schnelle nur das Stichwort „Klinik Clowns“. Dies stimmt mit Vagnolis (2005) Einschätzung der weit verbreiteten Assoziation von Humor im Spital mit Klinik Clowns überein. Die Wahrnehmung von Humor im Setting Krankenhaus ist selbst von Personen, welche Humor beruflich ständig einsetzen auf den Bereich der Klinik-Clowns reduziert, wodurch sie ihre eigene humorvolle Kompetenz zu bescheiden präsentieren. Zu den Klinik-Clowns sei außerdem hinzufügen, dass zwar die meisten Kinder und Angehörige deren Besuch sehr gerne haben und dabei viel lachten, manche jedoch überhaupt nichts damit anfangen können. Diese Kinder empfinden genau diese Art von Humor als zu sehr geplant, langweilig und durchschaubar.

Wie die Klinik Clowns überschritten sich auch andere Interventionen mit Bischofberger, wie etwa die Humorwand und Ecke, Humor an Feiertagen oder Karikaturen zu zeichnen. Krankenhauserlebnisse dokumentierten Kinder, wenn sie aufgefordert wurden, etwas zu zeichnen. Filme, CDs, Spiele, Puzzles oder Fernsehen als Humorartikel, wie Bischofberger es bezeichnete, stellten Pflegende eher aus der Motivation zur Verfügung, dem Kind Beschäftigung, als etwas Humorvolles zu verschaffen. Weswegen der Einfluss der Pflegenden dabei eher im „*Anstoß geben*“ lag, als dass es wirklich eine humorvolle Aktion war, welche direkt ein Lachen auslöste. Die eigentlichen Lachmomente waren die, wo Pflegende „*Aktionen setzten*“: es wurden witzige Erlebnisse erzählt und Scherze miteinander gemacht. Kinder und Pflegende haben sich auch „*gegenseitig auf den Arm und nicht immer ganz ernst genommen*“.

Pflegende bezogen Humor ein, wenn sie Bischofbergers „Juxartikel“ wie Seifenblasen oder Luftballons einbezogen oder kleine Spielsachen aus der „Tröstekiste“ angeboten wurden. In dieser Arbeit wurden viele neue Interventionen von Kinderkrankenpflegenden entdeckt, wie das Bemalen von Pflastern und Verbänden oder das Schmücken von Infusionsständern. Oft bedarf es aber auch gar keiner Utensilien, und es reichte (bei kleinen Kindern) zu kitzeln, während der Versorgung eine Grimasse zu ziehen oder ein Kinderlied zu singen, um einen Lacheffekt zu erzielen. Während es in der Erwachsenenpflege grundsätzlich nicht der Fall ist, machten Pflegende und Kinder manchmal etwas gemeinsam oder Kinder dort, wo Pflegende sich aufhielten ohne einen direkten Pflegeaspekt. Es war nicht ungewöhnlich, dass Kinder ihre Zeit im Stationszimmer verbrachten oder auch Pflegende ihre freien Minuten mit PatientInnen verweilten.

Zu den Reaktionen der Kinder geben Pflegende an, dass die Kinder solche humorvollen Momente, in denen miteinander „*geshakert*“ wird, meistens gerne haben und positiv reagieren - lachen. Es kommt aber auch vor, dass Kinder wiederholt keine Reaktion auf die Animationsversuche zeigen, wonach die Pflegenden einstweilen ihre humorvollen Annäherungen stark reduzieren und dem Kind zu verstehen geben, dass sie trotzdem für es da sind, was eine wichtige Grenze von Humor ist. Denn es ist nicht immer notwendig, Kinder aufzuheitern. Viel eher ist der Grund für die Traurigkeit herauszufinden und auch zuzulassen, dass Kinder ihre negativen Gefühle ausleben können.

Auf der anderen Seite steht die Sichtweise von betroffenen Kindern und Müttern, welche den Pflegenden in den Interviews nicht immer ein allzu positives Zeugnis in Punkto *humorvollem Umgang* ausstellten. Dem sei zunächst hinzuzufügen, dass an oberster Stelle für Pflegeempfänger im Kontakt mit Pflegenden das Faktum *Freundlichkeit* steht. Also ob eine Pflegende nett, offen und rücksichtsvoll agiert. Darüber hinaus bestünde bei einigen Befragten der Wunsch, dass Pflegende öfter einmal einen Scherz einbauen oder mit einem glaubhaft fröhlichen Gesicht und einem Lachen mit ihnen in Kontakt treten. Aber es besteht besonders seitens der Eltern auch der Wunsch, dass Pflegende ihre Heiterkeit besser platzieren indem sie mehr Rücksicht auf die aktuelle Situation der PatientInnen und der Angehörigen nehmen. Wenn Kinder von einer netten und auch lustigen MitarbeiterIn berichteten, war sie entweder eine PflegeschülerIn, eine nicht-pflegende PraktikantIn oder ihre auserwählte „*Lieblingsschwester*“. Diese Personen zeichneten sich für die PatientInnen durch die besondere Beziehung aus, welche sie zu ihnen aufbauten. Was sich im Wesentlichen auch mit der Erkenntnis von Pelander (2004) und den „*Erwartungen von Kindern an eine gute*

Krankenschwester“ deckt. Sei es durch persönliche Gespräche über die Krankheit hinaus, sei es wenn sie ihnen zeigten, sie nehmen sich extra Zeit oder sei es, weil sie besonders aufmerksam Pflegehandlungen an ihnen durchführten und auf die Einwände der Kinder angemessen reagierten.

Eine *Lieblingsschwester* ist für Kinder auch eine, welche lustig ist und manchmal ihre Erwachsenen Rolle nicht herauskehrt, sondern auf die Witze der Kinder eingeht und diese nicht bewertet. Dass ein humorvoller, persönlicher Umgang demnach also auch den PatientInnen und ihren Angehörigen das Gefühl gibt, mehr als nur „Pflegeempfänger“ zu sein, deckt sich auch mit den Ausführungen von Dean & Major (2008).

Was diese Studie an neuen Erkenntnissen liefert, betrifft die Zusammenhänge der kindlichen *Fröhlichkeit* im Krankenhaus und der darauf einflussnehmenden Faktoren, unter anderem den *humorvollen Umgang* der Pflegenden.

Zudem bestimmt die individuelle Situation der PatientInnen die kindliche Fröhlichkeit. Einflussnehmende Faktoren sind *persönlichkeits-, krankheits- und institutionsbezogen* und wirken insgesamt darauf, wie fröhlich oder wie traurig ein Kind im Spital ist. Obwohl diese Faktoren jeweils individuell sind, haben Pflegende dennoch die Möglichkeit auf jeden dieser Faktoren zumindest ein Stück weit einzuwirken. Dies kann, muss aber nicht unbedingt etwas mit Humor zu tun haben. So zum Beispiel der Faktor „*Vorerfahrung*“, welcher bestimmt, ob ein Kind bei der Aufnahme dem Personal im Krankenhaus vertrauen kann oder ob es sich vor jedem zurückzieht, Angst hat oder sogar laut weint. Pflegende geben dann Strategien an, wie sie versuchen diese Vorerfahrungen *umzuwandeln* und zu zeigen, dass beim aktuellen Aufenthalt auch positive Erfahrungen gemacht werden können. Etwa indem nach Möglichkeit zunächst Pflegehandlungen unterlassen werden. Stattdessen wird das Spielzimmer präsentiert, was die Situation entkrampfen soll. Dennoch stellten die Befragten fest, dass wenn ein Kind sehr schlechte *Vorerfahrungen* (mit Krankenhausaufenthalten) gemacht hat, es wahrscheinlich weniger fröhlich ist, als ein Kind ohne solche Erfahrungen.

Pflegende versuchen die Vorerfahrungen, Interessen oder Gewohnheiten der Kinder von ihnen selbst oder ihren Eltern in der Anamnese und Gesprächen des Beziehungsaufbaus herauszufinden und in ihren Handlungen darauf Rücksicht zu nehmen. Was den humorvollen Umgang betrifft, kristallisierte sich heraus, dass es für Pflegende hilfreich ist, Umstände des Kindes zu eruieren, um dann auch die kindliche Fröhlichkeit beeinflussen können. In dieser Arbeit konnten etliche *Handlungsmöglichkeiten* Pflegender aufgezeigt werden, durch welche sie die Fröhlichkeit der Kinder fördern können, sodass *Lachmomente* bei den Kindern vermehrt

werden. Die Handlungsmöglichkeiten unterteilen sich in *Voraussetzungen zum Einsatz von Humor* sowie verschiedene *Humorinterventionen*.

Eine bewusste Auseinandersetzung mit dem Stellenwert und dem Einsatz von Humor in der Kinderkrankenpflege, zum Beispiel als wichtige Kommunikationsform, fand bei den Pflegenden nur in sehr geringem Ausmaß statt. Es wird eher als etwas Selbstverständliches und den Berufsausübenden Charakterimmanentes wahrgenommen.

Wenn Pflegende Humor beweisen, geben sie an, es größtenteils spontan zu machen. Denn nur spontan kann auf individuelle Situationen und Personen humorvoll reagiert werden. Gezielte Anwendung ist dann möglich, wenn der Kontakt bereits etwas persönlicher ist und Ansatzpunkte für humorvollen Umgang bekannt sind, wie etwa Vorlieben, Interessen oder frühere lustige Situationen, auf die zurück gegriffen wird. Dass Humor also eher dann auftritt, wenn zwischen Pflegenden und PatientInnen eine gute Kommunikation herrscht, bestätigt auch die Ergebnisse von Bain (1997).

Es ließen sich in etlichen Situationen humorvolle Maßnahmen bei der Versorgung oder die kleinen Scherze, die zwischendurch mit den Kindern am Gang stattfinden, beobachten. Ob diese wiederum spontan oder gezielt eingesetzt wurden, war nicht ersichtlich. Aber es stellte sich auch heraus, dass neben der positiv besetzten *Freundlichkeit ohne Humor* in neutralen Situationen auch Momente zu beobachten waren, in denen Pflegende *keinerlei Ambitionen zeigten*, Kinder persönlich und humorvoll anzusprechen. Zum Beispiel dann, wenn sie nicht versuchten, Kinder von ihrem Kummer bei Anwesenheit der Eltern abzulenken oder bei der täglichen Kontrolle, wie dem Blutzuckermessen, so etwas wie einen humorvollen Umgang ansatzweise zu zeigen versuchten.

Die Begründung der Pflegenden für den Einsatz von Humor reicht von der reinen Belustigung der Kinder, weil diese es ohnehin nicht so leicht haben, bis hin zu einer reflektierten Strategie, Kinder unmerklich durch lustige Ablenkungen zu einer eher unlustigen Handlung zu bewegen. Sei es durch eine Schnitzeljagd, durch lustige Geschichten während der Pflege oder das Ankündigen von Belohnungen. Insofern geschieht der Einsatz auch mit einem (intuitiven) Bewusstsein über die positiven Reaktionen bei Kindern durch den Einsatz humorvoller Mittel.

Wenn eine Pflegeschülerin unterrichtet wurde, berichtete sie davon, dass Pflegende ihr eine nette und meist lustige Lehrperson vorlebten. Humorvolle Strategien wurden nur dann erklärt,

wenn Kinder bei Pflegehandlungen nicht mitmachen wollten. Ansonsten lernte die Pflegeschülerin von ihren erfahrenen KollegInnen hauptsächlich durch das „Abschauen“ dessen, was gefällt sowie setzte ihre eigenen Einfälle um. Kurze Erwähnungen zur Wichtigkeit von Humor und Lachen in der Kinderkrankenpflege in der schulischen Ausbildung halfen nicht, da für den praktischen Umgang Tipps oder Diskussionen bezüglich humorvollen Umgangs fehlten. Die befragte Schülerin hätte solche als sinnvoll eingeschätzt. Die Äußerungen der Befragten darüber, dass die Abhandlung von Humor in der Ausbildung in deutschen Kinderkrankenpflegesschulen kaum bis gar keinen Platz einnimmt, deckt sich auch mit der Nicht-Erwähnung diesbezüglicher Lehrinhalte oder Qualifikationen des deutschen Kinderkrankenpflege-Netztes. Aber auch mit Adamle (2007) stellte fest, dass der Stellenwert von Humor als Gegenstand in der Ausbildung in englischsprachigen Ländern sehr gering ist. Wenn man die Aussagen der Schülerin weiter betrachtet, wird im Gegensatz zu den Einschätzungen Dunns (1993) klar, dass diese ihren erfahreneren KollegInnen bezüglich dem Gebrauch verschiedener Humorinterventionen in nichts nach stand. Im Gegenteil, eben sie war es, welche sogar stärker als ihre KollegInnen darauf beharrte, keine Utensilien zu benötigen, um mit den Kindern Spaß zu machen. Sie bediente sich sehr stark der Phantasie der Kinder und berichtete über etliche humorvolle Strategien und Interventionen. Und zwar auch mit dem Hintergedanken, die Kinder mit Freude unbewusst zu dem zu bringen, was gemacht werden muss. Dass die Schülerin so agierte könnte durch die Nähe des Alters zu den PatientInnen erklärt werden, indem man die gleiche (Humor-) Sprache Jugendlicher spricht. Denn auch ältere Pflegenden erklärten neidlos, SchülerInnen oder PraktikantInnen finden oftmals schneller einen guten vertrauten Kontakt zu den Kindern. Ein anderer Grund könnte sein, dass eine SchülerIn noch viel stärker als erfahrene Pflegenden jede Handlung und Umgangsform reflektiert, Fehler vermeiden will und ihr Handlungsrepertoire erst auslotet. Oder aber auch dadurch, dass in PflegeschülerInnen immer mehr zu strategischem Arbeiten geschult werden, und dies auch den humorvollen Umgang betrifft.

Dass Humor in einem Konzept systematisiert wurde, war den meisten Pflegenden unbekannt. Eine Pflegeschülerin sprach über die wenig lehrreiche, bloße Erwähnung des Konzepts in ihrer Ausbildungseinrichtung, indem die Lehrende als Clown verkleidet verkündete, Humor sei wichtig. Während des Interviews wurde den Pflegenden ein kurzer Informationsinput zum Konzept gegeben. Daraus formulierte ich „Was wäre wenn“ Szenarien für die Interviewpartnerinnen. Etwa, ob sie es sich vorstellen könnten, dass Humor in Ihrem Team in einer Arbeitsgruppe thematisiert wird und Erfahrungen ausgetauscht werden. Eine verstärkte

Einbeziehung der Elemente des Konzeptes könnten sich die Pflegenden aber nur schwer vorstellen. Nachdem die Inhalte nur kurz vorgetragen wurden ist es möglich, dass Pflegende wenig überzeugt waren, weil sie es nicht wirklich kannten.

Zum Schluss ist zum Humor noch folgendes festzustellen: Humor ist etwas, was jede Person, sei es ein/e PraktikantIn oder ein ehrenamtlicher Besucher einsetzen und damit die PatientInnen belustigen kann. Für die Pflege wird der Einsatz erst dann zu einem Professionalitätskriterium, wenn PraktikerInnen sowohl spontan als auch dann wenn passend und notwendig gezielt humorvoll agieren. Humor in der Pflege ist also ein Mix aus unbewusstem persönlichem Zugang, welcher bei befragten Pflegenden sehr positiv bezüglich Humors war. Und einem bewussten Zugang, welcher das eigentlich Professionelle und auch erlernbare Element diesbezüglich ist. Denn alleine Humor als für die Kinderkrankenpflege ohnehin „normal“ zu erachten reicht nicht. Es muss als Kernbereich von Kommunikation und Umgangsformen mit (chronisch kranken) Kindern erkannt werden.

Pflegende müssen sich im Einsatz von Humor auch auf die triadische Beziehung zwischen Kindern und Eltern einstellen. Denn während chronisch kranke Kinder oftmals leichter wieder sorglos sind und Situationen zum Lachen finden, kann für Eltern die Krankheit- und Familiensituation sehr belastend sein. Mit diesen beiden Personengruppen muss anders umgegangen werden. Ein wichtiger professioneller Ansatz ist hier, dass Pflegende im Gespräch mit den Eltern darauf hinweisen, dass auch Humor eine mögliche Ressource ist und ein krankes Kind dazu unterstützt werden soll, zu lachen. Pflegende sollen wissen, wodurch sie Kinder trotz ihrer Krankheit zum Lachen bringen können. Demnach ist das Wissen und schon auch die Erfahrung eine wichtige Dimension beim Einsatz von Humor. Etwa wenn es darum geht zu erkennen, wann eine Situation am Kippen ist und Humor nicht mehr passt. Daraus ergeben sich dann Grenzen von Humor, wie um die Krankheit des Kindes oder vor und nach Operationen. Fast automatisch *legt sich* dabei bei allen *ein Schalter um*, was auch an gute Manieren erinnert. Noch mehr als Erfahrung ist bezüglich der Grenzen aber auch generell Gespür, Empathie, das Interesse für individuelle Personen aber auch Kreativität im Einsatz von Humor(interventionen) wichtig.

Wie die Argumentation zeigt, wird im untersuchten Setting der Einsatz von Humor als gezielter therapeutischer Ansatz (Robinson, 2002) in der stationären Kinderkrankenpflege nicht nach einem theoretischen Konzept praktiziert. Dennoch ist Humor, Lachen, Fröhlichkeit und deren Förderung in der Pflegenden-PatientInnen-Beziehung existent und von allen Seiten als wichtig erachtet.

6.1 Empfehlungen für die Pflegepraxis

Bevor einzelne Vorschläge angebracht werden, ist eine übergeordnete sinnvolle Empfehlung ein klinikumfassendes Humorprojekt mit dem Ziel des bewussten Einbeziehens von Humor in die Kinderkrankenpflege. Das Humorverständnis der Klinik und eine Anerkennung von ethnischen Humorrichtlinien müssten im Leitbild der Kinderklinik verankert sein. Durch ein Projekt würden einzelne Empfehlungen zusammenwirken und der Stellenwert, welche Pflegepraktiker für die Förderung von *Humor und Lachen* im Umgang mit Kindern haben, deutlicher werden. Sich therapeutisch genutzten Humor in der Arbeit mit Kindern als weiteres Professionalitätskriterium an die Fahne zu schreiben, wäre ein wichtiges Qualitätskriterium, um sich auch von anderen Spitälern abzuheben. Denn durch den alltäglichen Kontakt mit den Kindern können Pflegenden viel, wenn nicht sogar mehr als Klinik Clowns, bezüglich der kindlichen Fröhlichkeit bewirken.

Obwohl es bestimmt zu viel verlangt ist, von Pflegenden in jedem Kontakt mit einem Kind ein humorvolles Moment zu erwarten, sei dennoch ein stärkeres Bewusstsein empfohlen. Nämlich die Wirkung humorvollen Umgangs zu erkennen und den Einsatz noch gezielter zu fokussieren und die Grenzen von Humor wissentlich zu beachten. Humorvoller Umgang muss von Pflegenden stärker als effektives Kommunikationsinstrument mit Kindern reflektiert und in passenden Situationen einbezogen werden. Um dieses „Instrument“ noch gezielter nutzen zu können, wäre es nach meinem Erachten hilfreich, Pflegenden Hintergründe und Zusammenhänge von Humor und Gesundheit interaktiv zu schulen. Sodass in Aus- und Weiterbildungen diverse Humorinterventionen als Handlungsrepertoire theoretisch fundiert angeboten sowie sehr praktisch orientiert in Gruppen diskutiert werden. Es würden dadurch die Handlungsmöglichkeit der Pflegepraktiker zur Bereicherung des zwischenmenschlichen Aspekts in der Kinderkrankenpflege um ein weiteres Professionalisierungskriterium erweitert werden und Humor stärker als Kernbereich der Kinderkrankenpflege wahrgenommen.

PflegepraktikerInnen ist zu empfehlen, in gewissen Fällen sehr trauriger Kinder im Team die Besprechungen in der Übergabe noch mehr darauf zu fokussieren, ob und wie gewisse Humorinterventionen in die Pflege und Betreuung einzubeziehen wären. Bei solchen Fallbesprechungen im Team könnten die MitarbeiterInnen gemeinsam Vorschläge erarbeiten. Es könnten auch Einzelne ihren KollegInnen über erfolgreiche oder auch weniger erfolgreiche getätigte Humorinterventionen berichten und diese auch als Interventionen in der Pflegeplanung festgehalten werden. Etwa: Kind reagiert auf Ablenkung durch Bären. Bei dem

Wissen könnte eine andere Pflegende diese Intervention zu Hilfe nehmen oder diese durch ihre individuelle Herangehensweise abändern, sodass das von Pflegenden befürchtete Misslingen der Konstruktion humorvoller Momente nicht eintritt. Es wird empfohlen, dass ein gemeinsames Ziel der stärkeren kollektiven Einbeziehung von Humor verfolgt wird.

Eine weitere Empfehlung ist in Situationen, welche Humor erlauben noch mehr darauf zu achten, was Kinder in ihrem Umfeld haben, das ihnen Spaß macht. Dann diese Dinge in das Gespräch auch einzubeziehen und sich überhaupt gesprächsbereit zu zeigen. Kindern gefällt es, wenn Pflegende ab und zu ihre Erwachsenen-Rolle verlassen und spontan auf ihre Ideen oder Scherze einsteigen und auch, wenn sie selbst Initiativen zeigen. Als ein Kind einer Pflegenden nach der Versorgung eines ihrer momentan stark begehrten Klebe-Tattoos zeigte, wollte diese auch eines auf die Haut aufgedrückt haben. Das optische Ergebnis und die Spontaneität der Pflegenden amüsierten das Mädchen und scheinbar auch die Pflegende.

Generell sollte von professionellen Pflegenden dafür gesorgt werden, dass für (chronisch kranke) stationär aufgenommene Kinder ein Umfeld im Kinderspital geschaffen ist, welches ein heiteres, humorvolles Klima begünstigt und alle möglichen Ressourcen und Möglichkeiten zur Förderung von Lachmomenten einbezieht.

Als weitere Ressourcen könnten Pflegende noch mehr die verschiedenen „kindlichen Welten“ einbeziehen und auch aktiv mitgestalten. Sodass etwa die „Welt der Technik“ von Kindern nicht nur als letzte Möglichkeit zum Zeitvertreib genutzt wird, sondern dass dies von Pflegenden als kommunikatives soziales Event gestaltet wird. In einer kleinen Gruppe von mehreren Kindern könnte ein Wettbewerb oder eine Schnitzeljagd organisiert werden, wobei alle Kinder Gewinner wären. So würde eine soziale Situationen geschaffen werden, in welchen Lachen entstehen kann. Pflegende sollten aber auch die Welt der Eltern und deren Einbindung in die tägliche Pflege der Kinder bedenken. Manche wollen gar nicht so stark und selbstverständlich im Spital die Pflege ihrer Kinder leisten und würden sich mehr Entlastung wünschen. Überhaupt sollte das Familiensystem immer mit bedacht werden, sodass Pflegende auch auf diese Eigenheiten und Probleme eingehen und versuchen auch da etwas (Humorvolles) herauszuholen.

Um „Humor-Professionalität“ zu gewährleisten, ist sowohl Feingefühl und Gespür für Bedürfnisse relevant. Sodass heikle Situationen dann eine humorfreie Zone bleiben, wenn PatientInnen und Angehörige es so wünschen, könnte mündliches oder schriftliches Feedback bezüglich Humors und Lachen bei Kindern und Eltern eingeholt werden. Das würde Pflegenden

helfen würde, Bereiche sicher zu stellen, in welchen Humor problematische Folgen erzeugt. Denn nur dadurch kann sicher gestellt werden, dass der Einsatz von Humor der Anforderung, dem Professionalitätskriterium wirklich passend zu sein, entsprechen kann.

Die letzte Empfehlung richtet sich an die Ausbildung zur Kinderkrankenpflege. Humor soll nicht nur als wichtig erwähnt werden und mit Clowns assoziiert werden, sondern auch bearbeitet und positive wie negative Elemente diskutiert werden. Durch die Auseinandersetzung bereits in der Ausbildung und die Bewusstseinsbildung stärkt den Gebrauch von Humor und macht ihn weniger abhängig vom individuellen positiv Ermessen sowie der Erfahrung, welche erst Schritt für Schritt eintritt. Das Erlernen unterschiedlicher Konzepte, das Ausprobieren und entwickeln von Strategien, würde dem Einsatz von Humor zugutekommen.

Eine weitere Empfehlung abseits des Humors gilt der Verbesserung des Kontakts des Krankenhauses mit der Schule draußen. Pflegende sollten zusammen mit der „Schule für Kranke“ noch mehr die Rolle eines Vermittler zwischen Krankenhaus und der Schule draußen einnehmen, sodass sowohl Lehrer als auch Schüler mehr über chronisch kranke Kinder informiert sind. Es zeigte sich, dass im Klassenraum bei den MitschülerInnen Erklärungsbedarf über die Auswirkungen des kranken Kindes auf sein Umfeld besteht. Kinder gingen eher angstvoll als humorvoll mit einzelnen chronisch kranken Kindern um. Belastungen, welche Kinder durch die krankheitsbedingte Ausgrenzung anderer Kinder erfahren, könnten durch Themenschwerpunkte in den Klassen und Vorträge von extramuralen Pflegenden abgeschwächt werden. Durch die Transparenz zur Krankheit könnten Belastungen von Kindern entschärft und die Förderung von Lachen und Fröhlichkeit in einem weiter gefassten Rahmen erzielt werden.

6.2 Empfehlungen für die Pflegeforschung

Die Kategorien dieser Forschungsarbeit müssten in Forschungen weiter untersucht werden. Es könnte etwa eine Interventionsstudie durchgeführt werden, um den Effekt von Humorinterventionen auf Reaktionen bei Kindern zu testen.

Nachdem sich in dieser Forschung herausstellte, dass ein Humorkonzept kaum bekannt ist, müsste durch Forschung geklärt werden, wie und ob dieses Konzept tatsächlich auch praxistauglich ist. Durch weitere Forschungen in der Erwachsenen-Pflege sollte der Stellenwert von humorvollem Umgang kontrastiert werden, weil in diesem Setting wahrscheinlich andere Interventionsformen praktiziert und gewünscht werden.

Auch könnte man eine ähnliche Studie in österreichischen Kinderspitälern durchführen, wobei Unterschiede alleine im Betreuungsangebot für Kinder auftauchen würden. So wurde von einer österreichischen Familie erwähnt, dass sie eine Betreuung durch eine Erzieherin im Spital auch in Österreich wünschten.

Weitere Gebiete für die Pflegeforschung, in welchen sich Problembereiche aufgetan haben, sind Belastungen der Eltern durch den hohen Pflegeaufwand ihrer chronisch kranken Kinder. Aber auch die Frage, ob manche Kinder durch ambulante Pflegedienste betreut werden sollten, sodass Betroffene nicht zu stark aus ihren familiären und schulischen Verhältnissen gerissen werden. Hierbei spreche ich familienorientierte Gesundheitspflege an, wobei auch Zusammenhänge zwischen Schulalltag und chronischen Krankheiten sowie der weiteren beruflichen Ausbildung bearbeitet werden müssen. In diesem Bereich müssen wiederum die Bedürfnisse der Kinder, Eltern und auch der Geschwisterkinder generell und zur pflegerischen Begleitung geklärt und unabhängig ökonomischen Engpässen ins Zentrum gerückt werden.

6.3 Kritik & Limitation der Arbeit

Um die Ergebnisse auch für andere Pflegebereiche, wie die Akutstationäre Erwachsenenpflege oder in der Geriatrie auszuweiten, müssten auch dafür qualitative Untersuchungen stattfinden.

Eine weitere Limitation dieser Arbeit könnte in der nicht gänzlich vollzogenen ethnografischen Methodik liegen, welche sich aufgrund des Zeitmangels begründet. Dennoch konnte aber den nicht stattfindenden empirischen Schritten in der Analysephase durch Fall- und Perspektivenkontrastierungen entgegengekommen werden.

7 Literaturverzeichnis

- Adamle, K.; Chiang-Hanisko, L.; Ludwick, R.; Zeller, R.; Brown, R. (2007): Comparing Teaching Practices about Humor among Nursing Faculty. An International Collaborative Study. In: International Journal of Nursing Education Scholarship, H. 4, Issue 1.
- Astedt-Kurki, P.; Isola, A. Tammentie T. Kervinen U. (2001): Importance of humour to client - nurse relationships and clients'well-being. In: International Journal of Nursing Practice, Jg. 7, H. 2, S. 119–125.
- Bain, L. (1997): The place of humour in chronic or terminal illness. In: The Professional Nurse, Jg. 12, S. 713–715.
- Bennett, M. ; Zeller, J. (2003): The Effect of Mirthful Laughter on Stress and Natural Killer Cell Activity. In: Alternative Therapies, Jg. 9, H. 2, S. 38–44.
- Berger, Peter (1998): Erlösendes Lachen. Das Komische in der menschlichen Erfahrung. Berlin: de Gruyter.
- Bischofberger, Iren (Hrsg.) (2008): Das kann ja heiter werden. Humor und Lachen in der Pflege. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hans Huber.
- Bönsch-Kauke, Marion (2003): Psychologie des Kinderhumors. Schulkinder unter sich. Opladen: Leske und Budrich.
- Cignacco, Eva (2009): Kinder mit chronischen Erkrankungen - Die vergessene Kindheit. In: Pflege, Jg. 22, H. 5, S. 325–327.
- Dean, Ruth; Major, Joanne (2008): From critical care to comfort care: the sustaining value of humour. In: Journal of Clinical Nursing, Jg. 17, H. 8, S. 1088–1095.
- Docherty, Sharron; Sandelowski, Margarete (1999): Focus on Qualitative Methods: Interviewing Children. In: Research in Nursing & Health, Jg. 22, S. 177–185.
- Fley, Gabriele; Beier, Jutta (2006): Strategien von Kindern mit Asthma bronchiale zur Krankheitsbewältigung. Überprüfung der Anwendbarkeit einer deutschen Version des Schoolager's Coping Inventory (SCSI). In: Pflege, Jg. 19, H. 1, S. 4–10
- Flick, U.; Kardorff, E. von; Steinke, I. (Hrsg.) (2003): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 2. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag.
- Funk, Sandra G. (Hrsg.) (1997): Die Pflege chronisch Kranker. Bern: Huber.
- Golden L, Pagala, M.; Sukhavasi, S.; Nagpal, D.; Ahmad, A.; Mahanta, A. (2006): Giving toys to children reduces their anxiety about receiving premedication for surgery. In: Anesthesia & Analgesia, Jg. 102, H. 4, S. 1070–1072
- Greenberg, Martha (2003): Therapeutic Play: Developing Humor in the Nurse-Patient Relationship. In: Journal of the New York State Nurses Association, Jg. 34, H. 1, S. 25–31.
- Hausmann, Clemens (2009): Psychologie und Kommunikation für Pflegeberufe. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Wien: Facultas.
- Hirsch, R. (2007): Gesundheitsfaktor Humor am Arbeitsplatz. In: Bachmaier Helmut (Hrsg.): Lachen macht stark. Humorstrategien. Göttingen: Wallstein Verlag, S. 57–81.
- Hischer, Erhard (1978): Das Kind im Krankenhaus. Eine Herausforderung der Sozialpädagogik. München: Minerva Publikation.

- Holoch, Elisabeth (1999): Lehrbuch Kinderkrankenpflege. Die Förderung und Unterstützung selbstpflegebezogenen Handelns im Kindes- und Jugendalter. Bern: Huber (Hans Huber Programmbereich Pflege).
- Kirk, S. (2007): Methodological and ethical issues in conducting qualitative research with children and young people: a literature review. In: International Journal of Nursing Studies, Jg. 44, H. 7, S. 1250–1260.
- Lehmkuhl, Gerd (1996): Chronisch kranke Kinder und ihre Familien. München: Quintessenz.
- Mallett, Jane (1995): Humour and laughter therapy. Amusing intervention used by the health care professional or patient to produce a beneficial response in the patient. In: Complementary Therapies in Nursing & Midwifery, Jg. 1, H. 3, S. 73–76.
- Mayer, Hanna (2002): Einführung in die Pflegeforschung. 1. Auflage. Wien: Facultas (UTB Gesundheitswissenschaften).
- Mayring, Philipp (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 5., Überarbeitete und neu ausgestattete Auflage. Weinheim: Beltz Verlag (Beltz Studium).
- McCreadie, M.; Wiggins, S. (2009): Reconciling the good patient persona with problematic and non-problematic humour: a grounded theory. In: International Journal of Nursing Studies, Jg. 46(8), S. 1079–1091.
- McGhee, Paul (1989): Humor and children's development: a guide to practical applications. New York: Haworth.
- Neuß, Norbert (2003): Humor von Kindern. Empirische Befunde zum Humorverständnis von Grundschulkindern. In: Televizion, Jg. 16, H. 1, S. 12–17.
- Patenaude Héléne; Hamelin Brabant, Louise (2006): L'humour dans la relation infirmière - patient: Une revue de la littérature. In: Recherche en soins infirmières, Jg. 85, S. 36–45.
- Pelander, Tina; Leino-Kilpi, Helena (2004): Quality In Pediatric Nursing Care: Children's Expectations. In: Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, Jg. 27, S. 139–151.
- Peter, C.; Richter, M. (2009): Chronische Erkrankungen und Beeinträchtigungen im Kindes- und Jugendalter. In: Schaeffer, Doris (Hrsg.): Bewältigung chronischer Krankheit. Handbuch Gesundheitswissenschaften. Programmbereich Gesundheit. Bern: Huber, S. 297–319.
- Popp, W. (1994): Humor und Sprachwitz. In: Fatke, R. (Hrsg.): Ausdrucksformen des Kindererlebens. Phantasie, Spiele, Wünsche, Freundschaft, Lügen, Humor, Staunen. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, S. 85–96.
- Punch, Samantha (2002): Research with Children. The same or different from research with adults? In: Childhood, Jg. 9, S. 321–341.
- Robinson, Vera (2002): Praxishandbuch Therapeutischer Humor. Grundlagen und Anwendungen für Gesundheits- und Pflegeberufe. 2. Auflage. Bern: Hans Huber.
- Roper, Janice (2004): Ethnographische Pflegeforschung. 1. Aufl. Bern: Hans Huber.
- Schaeffer, Doris (2008): Bewältigung chronischer Krankheit. In: Pflege & Gesellschaft, Jg. 13, H. 1, S. 3–5.
- Schluer, A. (2008): Humor im Kinderspital. Mit und ohne Klinik Clowns. In: Bischofberger, Iren (Hrsg.): Das kann ja heiter werden. Humor und Lachen in der Pflege. 2. überarb. und erw. Auflage. Bern: Hans Huber, S. 125–144.

- Schroeder, Joachim (1996): „Liebe Klasse, ich habe Krebs!“. Pädagogische Begleitung lebensbedrohlich erkrankter Kinder und Jugendlicher. Tübingen: Attempto-Verlag.
- Sheldon, Lesley (1996): An analysis of the concept of humour and its application to one aspect of children's nursing. In: Journal of Advanced Nursing, Jg. 24, H. 6, S. 1175–1183.
- Spichinger, Elisabeth; Kesselring, Annemarie; Spirig, Rebecca; Geest De, Sabina (2006): Professionelle Pflege - Entwicklung und Inhalte einer Definition. In: Pflege, Jg. 96, H. 1, S. 45–51.
- Spradley, J. (1979): The ethnographic interview. Fort Worth: Holt, Rinehart and Winston.
- Spradley, J. (1980): Participant observation. Fort Worth: Harcourt Brace College Publication.
- Steinke, I. (2003): Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick, U.; Kardorff, E. von; Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 2. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag, S. 319–331.
- Talbot, Laura; Lumden, D. Barry (2000): On the association between humor and burnout. In: International Journal of Humor Reserach, Jg. 13, H. 4, S. 419–428.
- Vagnoli, Laura (2005): Clown Doctors as a Treatment for Preoperative Anxiety in Children: A Randomized Controlled, Prospective Study. In: Official Journal of the American Academy of Pediatrics, H. 116, S. 563–567.
- Warschburger, Petra (2000): Chronisch kranke Kinder und Jugendliche. psychosoziale Belastungen und Bewältigungsanforderungen. Göttingen: Hogrefe.
- Weber, Fernanda (2010): The influence of playful activities on children's anxiety during the preoperative period at the outpatient surgical center. In: Journal de Pediatria, Jg. 86, H. 3, S. 209–214.
- Weissenbacher, Margret; Horvath, Elisabeth (2008): Pflegediagnosen für die Kinder- und Jugendlichenpflege. ein Praxisbuch. Unter Mitarbeit von Edith Böhm. Wien: Springer.
- Woog, Pierre (1998): Chronisch Kranke pflegen. Das Corbin- und Strauss-Pflegemodell. Wiesbaden: Ullstein Medical.

Wörterbuch

Beil, C. (2010): Duden - das Synonymwörterbuch. Herausgegeben von Dudenredaktion. Rheda-Wiedenbrück: RM Buch- und-Medien-Vertrieb.

Internetquellen

Harden, J.; Scott, S.; Backett-Milburn, K.; Jackson, S.: Can't talk, won't talk: methodological issues in researching children. Sociological Research Online 5. Online verfügbar unter (zuletzt geprüft am 04.06.2010.) <http://www.socresonline.org.uk/5/2/harden.html>

Homepage des deutschen Kinderkrankenpflege-Netzes, Online verfügbar unter (zuletzt geprüft am 11.05.2011) <http://www.kinderkrankenpflege-netz.de/>

Homepage des Berufsverbands Kinderkrankenpflege Österreich, Link Ausbildung, Lehrplan, Online verfügbar unter (zuletzt geprüft am 01.04.2011) http://www.kinderkrankenpflege.at/media/file/106_Lehrplan_Grundausbildung.pdf

Hänni & Lerch, 2010: Ethische Richtlinien. Homepage der Schweizer Gesellschaft zur Förderung von Humor in Therapie, Pflege und Beratung: Online verfügbar unter (zuletzt geprüft am 08.03.2011): <http://www.humorcare.ch/>

Phaneuf, Margot (2007): Le Soins de l'Enfant et le Jeu. Herausgegeben von Infiressources. Online verfügbar unter (zuletzt geprüft am 23.03.2011): http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Les_soins_de_l_enfant_et_le_jeu.pdf

Phaneuf, Margot (2008): La créativité au service de l'infirmière. Herausgegeben von Infiressources. Online verfügbar unter (zuletzt geprüft am 15.03.2011): http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/La_creativite_au_service_de_l_infirmiere.pdf

8 Anhang

8.1 *Abbildungsverzeichnis*

Abbildung 1: Zeichnung einer Pflegenden (von Kind 7)	S. 110
Abbildung 2: Zeichnung eines Arztes (von Kind 7)	S. 110
Abbildung 3: Flyer „Kinder brauchen Bücher“ der Kinderbücherei im Spital	S. 78
Abbildung 4: Weihnachtskrippe der Aktion „Kunst mit Kindern im Krankenhaus“	S. 81
Abbildung 5: Flyer zur Bekanntmachung der Schmerztherapie	S.67
Abbildung 6: Foto am Gang einer teilnehmenden pädiatrischen Station	S. 69
Abbildung 7: Foto eines geschmückten Fensters mit Gitterstäben	S. 69
Abbildung 8: Foto eines verzierten Abendessens für Kinder	S. 99
Grafik 1: <i>Humorinterventionen der Pflegenden</i>	S. 95
Grafik 2: <i>Wünsche der Kinder bezüglich Humorinterventionen</i>	S. 103
Grafik 3: <i>Grenzen von Humor in der Kinderkrankenpflege: Schluss mit Lustig</i>	S. 117
Grafik 4: Zusammenschau der wichtigsten Ergebnisse	S. 135

„Ich habe mich bemüht, sämtliche Inhaber der Bildrechte ausfindig zu machen und ihre Zustimmung zur Verwendung der Bilder in dieser Arbeit eingeholt. Sollte dennoch eine Urheberrechtsverletzung bekannt werden, ersuche ich um Meldung bei mir.“
(Monika Ottendörfer)

Included Terms	Semantic Relationship	Cover Term
1.17 gewisse Fälle mit e	is a kind of	Humorvoller Finnep. i. Team (auch selbstbezpl.)
K Augenzeitler zu Geopr.		
K 1.13 über Eigenheiten d. Kinder		
K Stundenzeiten		
1.20 Kind sein Zelen auffordern		
1.35 für Kolleginnen Abschiedsparty organisieren		
1.47 i. Pause über Urlaubsgedichten lesen		
2.7 Kommentar über gute Teamarbeit		
2.9 Übergabe Teamhumorvoller St.		

Informationsschreiben für Kinder und Eltern:



UNIVERSITÄT WIEN
INSTITUT PFLEGEWISSENSCHAFTEN
FAKULTÄT FÜR SOZIALWISSENSCHAFTEN



Forschungsprojekt zum Thema - *Humor und Lachen in der
Kinderkrankenpflege*

Liebe Kinder, liebe Eltern!

Mein Name ist Monika Ottendörfer und ich möchte Ihnen/Euch in diesem Brief gerne mein Forschungsprojekt erklären. Denn dafür hoffe ich sehr stark Ihre/Deine Mithilfe.

Zu meiner Person: Ich studiere an der Universität in Wien Pflegewissenschaft. Nun mache ich für meiner Diplomarbeit zum Thema „*Humor und Lachen in der Kinderkrankenpflege*“ eine Untersuchung an der Dr. Haunerschen Kinderklinik, Klinikum der Universität München. Dafür werde ich mich bis 31. August 2010 am Klinikum aufhalten.

Die Kooperation für dieses Projekt besteht zwischen meiner Diplomarbeitbetreuerin Dr. Hanna Mayer in Wien, sowie hier, in der Begleitung am Klinikum in München von Frau Inge Eberl, MScN, Pflegewissenschaftlerin.

Ein wichtiges Ziel der Arbeit ist es, dass das was Kinder empfinden und sich wünschen würden zum Thema Humor durch eine wissenschaftliche Aufarbeitung besser klar wird. Ebenso sollen auch die Ansichten der Pflegepersonen dazu herausgefunden werden.

Denn um das Thema Humor im Krankenhaus zu erläutern werde ich einerseits (Ihre Zustimmung vorausgesetzt) Kinder und andererseits Pflegende beobachten. Ich werde auch beide Gruppen in Einzelgesprächen zu diesem Thema befragen.

Durch die Gespräche mit den Kindern möchte ich besonders Ihre/Deine Erfahrungen und Meinungen kennen lernen. Deswegen bin ich auf die Erzählungen von Euch Kindern und auch Euch Angehörigen angewiesen und schon sehr gespannt darauf!

Die Themen, die mich interessieren sind etwa: wie empfindest du es, wenn du im Kinderspital aufgenommen bist; gibt es auch lustige Momente? Wie sind die Pflegende so drauf und wie reden sie mit dir? Wer spielt mit dir, was machen Pflegende um dich zum Lachen zu bringen oder was machst du selbst, damit es für dich lustiger ist? Ich möchte ganz einfach Deine/Ihre Sichtweise, Vorstellungen und Wünsche von einem Krankenhaus kennen lernen, in dem es auch lustig zugeht.

Ich möchte sozusagen aus Euch herauskriegen, welchen Humor Kinder lustig finden bzw. auch das, was ihr nicht so komisch findet. Eine Erwachsene, die quasi wieder lernen möchte, wie ein Kind denkt und worüber ein Kind lacht.

Das was für die Kinderkrankenpflege nämlich aus meiner jetzigen Sichtweise wichtig wäre, ist wissenschaftlich systematisiertes Wissen über das kindliche Erleben zu Humor zu schaffen. Längerfristig könnte dies dazu führen, dass Pflegepersonen dazu übergehen können, Humor gezielter bzw. bewusster im Umgang mit den Kindern einzusetzen.

Wenn du dich dazu entschließt, mit mir reden zu wollen, werde ich mit Dir und/oder deinen Eltern einen Termin ausmachen, wo wir ungestört reden können. Das Gespräch wird solange dauern, wie du Lust hast mir von dir zu erzählen. Das Gespräch wird auf Tonband aufgenommen, anschließend in eine schriftliche Form übertragen und wissenschaftlich ausgewertet.

Die Teilnahme ist freiwillig und kann jederzeit nach Deiner/Ihrer Widerrufung abgebrochen werden.

Dein/Ihr Name wird an keiner Stelle genannt, sondern wird von mir verändert. Ich werde mit dem was du mir sagst sehr behutsam umgehen.

Ich hoffe ich konnte deine Neugier an meinem Projekt wecken und hoffe Dir/Ihnen bald mehr von meinem Vorhaben in einem persönlichen Gespräch erzählen zu können.

Wenn du möchtest, können deine Eltern/Elternteil gerne beim Interview dabei sein und auch etwas erzählen. Ich wäre sehr dankbar, wenn du mitmachst und deswegen bitte ich Sie, liebe Eltern, bei Interesse und offenen Fragen mit mir Kontakt auf zu nehmen.

Mit freundlichen Grüßen,

Studentin, Monika Ottendörfer (Bis Ende August 2010 erreichbar unter: Angabe von Email und Mobilfunknummer)

Einverständniserklärung zur Interviewteilnahme von Kindern und Erziehungsberechtigten:
(Stellvertretend auch für die Einverständniserklärung für Pflegende)

UNIVERSITÄT WIEN
INSTITUT PFLEGEWISSENSCHAFTEN
FAKULTÄT FÜR SOZIALWISSENSCHAFTEN

Diplomarbeit an der Uni Wien unter der Betreuung von Prof. Dr. Hanna Mayer
& Mag. Inge Eberl

Einverständniserklärung

Ich wurde von der verantwortlichen Person dieses Forschungsprojekts vollständig über Wesen, Bedeutung und Tragweite des Forschungsprojektes aufgeklärt. Ich habe das Informationsmaterial gelesen und verstanden. Ich hatte die Möglichkeit Fragen zu stellen, habe die Antworten verstanden. Ich bin über den möglichen Nutzen dieses Projekts informiert. Ich bzw. mein Kind hatten ausreichend Zeit, uns zur Teilnahme daran zu entscheiden und wir wissen, dass die Teilnahme freiwillig ist. Mein Sohn/ meine Tochter weiß auch, dass er/sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen diese Zustimmung widerrufen kann und das Gespräch abbrechen kann, ohne dass sich dieser Entschluss nachteilig auf mich oder mein Kind auswirken wird.

Mir ist bekannt, dass meine Daten anonym gespeichert, vertraulich behandelt und ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden. Aus unserer Beteiligung an der Untersuchung entstehen mir weder Kosten noch werde ich dafür finanziell entschädigt.

Ich erkläre hiermit meine sowie die freiwillige Teilnahme meines Sohnes/meiner Tochter an diesem Forschungsprojekt.

Datum

Unterschrift eines Elternteils der Teilnehmerin/ des Teilnehmers

Datum

Unterschrift der Untersucherin

Ich möchte mich sehr herzlich dafür bedanken, dass sie und ihr Kind mich an ihren Erfahrungen teilhaben lassen, indem sie an meinem Forschungsprojekt teilnehmen!

8.2 Reflexionen zu meiner Rolle als ethnografische Forscherin

Zu Beginn des Feldeinstieges waren die Reflexionen am Meisten und ich dachte viel über meine Rolle nach. Wie Steinke es beschreibt liefern die „dabei auftretenden Unbehaglichkeiten und Irritationen wichtige Hinweise auf die Spezifik des Feldes.“ (Steinke, 2003, S. 331). Anfangs hatte ich oftmals das negative Gefühl, dass Pflegende mein Notieren der Beobachtungen direkt in der Situation wie ein Bespitzeln wahrnahmen. Also machte ich die Notizen erst nach der Situation abseits in einer Ecke am Stützpunkt oder am Gang. Dennoch ging ich dann wieder dazu über, Notizen in der Situation zu machen, weil dadurch die Aufzeichnungen viel genauer wurden. Die negativen Gefühle begann ich irgendwann zu ignorieren und versuchte mich nicht mehr für das Notieren rechtfertigen zu wollen.

Besonders die Veränderung der eigenen Rolle im Forschungsfeld war etwas sehr Prägendes für mich. Während ich anfangs dem Feld und den Personen gegenüber eine wahre Außenseiterin war, entwickelte ich mich während der empirischen Phase in verschiedenem starkem Ausmaß zur Insiderin. Bei einem Jungen, mit welchem ich von den Kindern am meisten Zeit verbrachte und mich fast zu sehr mit ihm anfreundete, war die Vorstellung seiner geringen Lebenserwartung für mich schwer zu verkraften. Ich fragte mich, ob ich mich zu sehr involviert habe, es richtig war mich mit einem Kind zu befreunden, nur weil ich mich manchmal alleine gefühlt habe und mir diese Beziehung geholfen hat. Ich denke das aber nun nicht mehr, weil es im Kontakt mit (kranken) Menschen immer Situationen geben kann, welche einem besonders nahe gehen. Schlecht fühlte ich mich anfangs auch, als Pflegende sich weigerten mich zu ihren PatientInnen mit zu nehmen, wofür sie nach meinem Empfinden irgendwelche Ausreden fanden. Wenn jedoch andere interessiertere Pflegende auf mich zugingen, war ich überrascht und dankbar, das Vertrauen einzelner Personen zu bekommen und persönliche intime Geschichten zu erfahren. Aber auch wie mich manche Pflegende einbezogen und mir halfen, interessante Situationen zu beobachten, war erfreulich.

8.3 Curriculum Vitae

Persönliche Daten

Name Monika Ottendörfer
Geburtsdatum 13.03.1988
Geburtsort Salzburg (Österreich)
Erreichbarkeit
Email mona.ottendoerfer@hotmail.com



Ausbildungsweg

1994 – 1998 Volksschule Henndorf a. W. (Bundesland Salzburg)
1998 – 2006 Neusprachliches Gymnasium Salzburg
2006 – 2011 Studium IDS Pflegewissenschaft an der Universität Wien
2007 – 2008 Bachelorstudium Bildungswissenschaft
Februar – April 2008 Ausbildung im Veranstaltungsservice der Wiener Kinderfreunde
2008 – 2010 Praktikum beim Verein *Jung & Alt* in Wien mit Ausbildung zur Behinderten und Altenbegleiterin (Besuchsdienst)
November 2009 Fortbildungsseminare im Forschungsinstitut des Roten Kreuzes Wien zu Projektmanagement Grundlagen und Evaluation von Projekten

Berufserfahrung / Praktika

2008 – 2009 Freie Mitarbeiterin der Salzburger Kinderfreunde: Spielplatzbetreuung, Eventservice und Ferienlager Betreuung
2008 – 2011 Freie Mitarbeiterin der Wiener Kinderfreunde: Kinderbetreuung, Veranstaltungsservice und Animation bei öffentlichen Festen, Faschingsfeiern und Kindergeburtstagen
Oktober 2009 – März 2010 Forschungspraktikum beim Forschungsinstitut des Wiener Roten Kreuzes
Juni 2010 – Sept. 2010 Forschungspraktikum der Abteilung Pflegeforschung im Universitätsklinikum München / Praktikantin auf Internen und Chirurgischen Stationen des Dr. von Hainerschen Kinderspitals (im Rahmen der Datenerhebungsphase für die Diplomarbeit)
Juni 2010 – Jänner 2011 Projektmitarbeiterin im ECPAT Austria Committee for Youth Action / Forschungsinstitut: Projekt im Bereich Kinderhandel, Rechte und Bedürfnisse von minderjährigen unbegleiteten Flüchtlingen

Sprachkenntnisse Englisch, Französisch, Latein, Rumänisch