



Verletzung der Privatsphäre von stationären Patienten

Diplomarbeit / Literaturarbeit

**Studiengang Pflege
Kurs: 02**

**Autorin:
Svetlana Tsaytnits
Haus Feierabend
3944 Unterbäch
szeitnitz@bluewin.ch**

**Begleitung:
Sylvia Z`Brun Schnyder
Pflegeexpertin
Bachelor of Science in Nursing**

Mai 2007

INHALTSVERZEICHNIS

ZUSAMMENFASSUNG

1. EINLEITUNG	1
1.1 PROBLEMBESCHREIBUNG	1
1.2 FRAGESTELLUNG	3
1.3 ZIEL DER LITERATURARBEIT	3
2. BEGRIFFSDEFINITIONEN	3
2.1 PRIVATSPHÄRE	3
2.2 PFLEGE UND PFLEGERISCHE HANDLUNGEN	5
3. METHODE	6
3.1 DESIGN, ETHISCHE ASPEKTE UND GÜTERKRITERIEN	6
3.2 METHODE DER DATENSAMMLUNG UND DATENAUSWAHL	7
3.3 METHODE DER DATENANALYSE	7
4. ERGEBNISSE	8
4.1 PFLEGERISCHE HANDLUNGEN, WELCHE DER PERSÖNLICHE AUTONOMIE VERLETZEN	9
4.2 PFLEGERISCHE HANDLUNGEN, WELCHE KÖRPERLICHE BLOSSSTELLUNG AUSLÖSEN	12
4.3 PFLEGERISCHE HANDLUNGEN, WELCHE DAS TERRITORIUM ODER DEN PERSÖNLICHEN RAUM EINSCHRÄNKEN	14
5. DISKUSSION	15
5.1 DISKUSSION DER METHODE	15
5.1.1 <i>Design, Ethische Aspekte und Gütekriterien</i>	15
5.1.2 <i>Methode der Datensammlung und Datenauswahl</i>	15
5.1.3 <i>Methode der Datenanalyse</i>	16
5.2 DISKUSSION DER ERGEBNISSE	16
5.2.1 <i>Pflegerische Handlungen, welche die persönliche Autonomie verletzen</i>	16
5.2.2 <i>Pflegerische Handlungen, welche körperliche Blossstellung auslösen</i>	19
5.2.3 <i>Pflegerische Handlungen, welche das Territorium oder den persönlichen Raum einschränken</i>	21
6. KRITISCHE WÜRDIGUNG DER DIPLOMARBEIT	22
7. SCHLUSSFOLGERUNGEN	23
8. LITERATURVERZEICHNIS	25

Anhang- und Tabellenverzeichnis

- ANHANG A:** Suchstrategien
- ANHANG B:** Zusammenfassungen der analysierten Studien
- ANHANG C:** Evidenzskala
-
- TABELLE 1:** Übersicht über die analysierten Studien
- TABELLE 2:** Pflegerische Handlungen, welche die persönliche Autonomie verletzen
- TABELLE 3:** Pflegerische Handlungen, welche körperliche Blossstellung auslösen
- TABELLE 4:** Pflegerische Handlungen, welche das Territorium oder den persönlichen Raum einschränken

Zusammenfassung

Diese systematische kriteriengeleitete Literaturarbeit behandelt das Phänomen der Privatsphäre als Grundbedürfnis eines jeden Pflegebedürftigen. Es werden Antworten auf folgende Frage gesucht: „Welche pflegerischen Handlungen, die von stationären Patienten als Verletzung der Privatsphäre wahrgenommen werden, sind in der Fachliteratur beschrieben?“

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, eine Übersicht der pflegerischen Handlungen, welche die Privatsphäre von pflegebedürftigen Menschen verletzen, zu erstellen. Die Absicht besteht darin, den Stand der Forschung zu diesem Thema darzustellen und Massnahmen zum Schutz der Privatsphäre in der täglichen Pflegepraxis abzuleiten. Im theoretischen Rahmen wurden die Begriffe „Privatsphäre“ und „Pflege und pflegerische Handlungen“ definiert. Die Datensuche erfolgte in drei Datenbanken: Pubmed, Cinahl und Cochraine Library. Zur Beantwortung der Fragestellung wurden sieben Studien analysiert.

Die Ergebnisse aus den analysierten Forschungsartikeln wurden in drei Aspekte der privatsphärenverletzenden pflegerischen Handlungen eingeteilt: pflegerische Handlungen, welche die persönliche Autonomie verletzen; pflegerische Handlungen, welche körperliche Blossstellung auslösen; pflegerische Handlungen, welche das Territorium oder den persönlichen Raum einschränken.

Die Ergebnisse der bearbeiteten Untersuchungen weisen darauf hin, dass die Privatsphäre der Patienten durch die Pflegenden häufig verletzt wurde. Sich in die Situation der Betroffenen hinein zu fühlen, ist eine anspruchsvolle, aber notwendige Aufgabe der Pflege. Für Pflegenden ist es wichtig sich der Komplexität und Bedeutung dieses Themas bewusst zu sein.

1. Einleitung

1.1 Problembeschreibung

Die ethischen Grundsätze des Schweizerischen Berufsverbandes für Pflegende stellen die Würde des Menschen ins Zentrum des pflegerischen Handelns (Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger, 1998). Würde beinhaltet laut diesen Grundsätzen unter anderem den Schutz der Privatsphäre. Pflegebedürftige haben bei allen Pflegeinterventionen das Recht auf Privatsphäre (International Council of Nursing, 2000). Es ist die Aufgabe der Pflegenden, die Eigenbereiche der PflegeempfängerInnen intakt zu halten und sie vor Störungen zu schützen (Gräser, 2006). Die Aufnahme eines Menschen in eine Pflegeeinrichtung bringt verschiedene Einschränkungen hinsichtlich der Privatsphäre mit sich. Routine, Überforderung und Stress im Pflegealltag können Situationen auslösen, in denen Pflegende durch ihr Handeln die Privatsphäre von Pflegebedürftigen ungewollt einschränken (Lemonidou et al., 2002). Besonders in der Langzeitpflege, wo häufig ältere Menschen anzutreffen sind, bieten Routine und eine gewisse Gewöhnung an die Patienten oftmals die Gefahr, die Privatsphäre eines Menschen unbewusst zu verletzen. Dies kann bei älteren Menschen zu einem negativen Selbstkonzept und Selbstwert, sowie zur Beeinträchtigung des psychologischen Wohlbefindens führen (Lemonidou et al., 2002). Durch Missachtung des Willens und das Unterbinden freier Entscheidungen verletzen Pflegende die Privatsphäre von Patienten (Pohlmann, 2006). Die Bedeutung der pflegebedingten Eingriffe in die Privatsphäre der Betroffenen ist individuell. Mehrere AutorInnen betonen, dass eine begrenzte Privatsphäre vielfältige negative Reaktionen und Gefühlen auslöst (Schäfer, 1996; Bauer, 1996).

Pflegerische Handlungen, welche als Verletzung der Privatsphäre erlebt werden, sind fehlende oder mangelnde Informationen bezüglich Behandlung und Pflege. Mangelhafte Information führt auch dazu, dass Entscheidungen von Pflegenden gefällt werden, die ein informierter Patient selber treffen könnte. Als privatsphärenverletzend wird von Patienten empfunden, wenn sie mit Vornamen oder Spitznamen angesprochen werden oder wenn Pflegende das Patiententelefon benutzen (Bauer, 1996). Weiter erwähnt Bauer (1996), dass Patienten es nicht schätzen, wenn Pflegende Schülern ermöglichen, bei der Intimtoilette zuzuschauen.

Das Nichtabdecken von durchsichtigen Urin- und Drainagebeuteln zieht die Aufmerksamkeit von anderen Menschen auf sich und wird von den Betroffenen als unangenehm empfunden.

Viele Patienten haben Hemmungen, wenn die Intimtoilette von andersgeschlechtlichen Pflegekräften durchgeführt wird. Bei der Planung der Pflege wird häufig nicht darauf geachtet, dieser Tatsache gerecht zu werden. Das An- und Ausziehen vor fremden Menschen ohne Schutzmassnahmen durchzuführen, ist für die Betroffenen peinlich (Bauer, 1996). Wenn Pflegende das Zimmer ohne zu klopfen betreten, Nachttische und Schränke ohne Einwilligung des Patienten öffnen, fühlen sich die Patienten in ihrer Privatsphäre verletzt (Sawada, N. O., Mendes, I. A. C. & Coleta, J. A. D., 1996; Bauer, 1996). Pflegebedürftige fühlen sich in ihrer Privatsphäre auch eingeschränkt, wenn Pflegende nicht auf die persönlichen Bedürfnisse eingehen. Das Lärmmachen und Lichtanzünden in der Nacht wird als Eingriff in die Privatheit empfunden. Vermittlung von Informationen in einer inadäquaten Form führt dazu, dass Pflegebedürftige den Inhalt nicht verstehen und sich nicht ernst genommen fühlen. Als Einschränkung der Privatsphäre erleben die Patienten die Störungen, wenn Pflegende während therapeutischen und diagnostischen Massnahmen das Zimmer betreten und die Intervention dadurch unterbrechen (Sawada et al., 1996). Das Unvermögen, die erwünschte Privatsphäre aufrechtzuerhalten, beeinträchtigt das Wohlbefinden einer Person (Seligman, 1999). Die privatsphärenverletzenden pflegerischen Handlungen verlangsamen die Genesung und stellen eine zusätzliche Belastung dar (Schäfer, 1996). Deshalb nimmt der Schutz der Privatsphäre im Pflegeberuf einen wichtigen Platz ein (Bäck & Wikblad, 1998). Pflegenden ist oft nicht bewusst, dass durch ihr Handeln, die Privatheit des Patienten beeinträchtigt wird (Schäfer, 1996). Ein evidenzbasierter Überblick über Handlungen, welche Patienten als Verletzung der Privatsphäre betrachten, könnte dieses Bewusstsein fördern und als Grundlage für die Erarbeitung von privatsphärenschützenden Handlungsweisen dienen. Von mehreren Autoren (Deshefy-Longhy, T., Dixon, J. K., Olsen D. & Grey, M., 2004) wird angedeutet, dass vorwiegend nur wenige evidenzbasierten Studien die Privatsphärenbeeinträchtigung in Zusammenhang mit pflegerischen Handlungen untersuchen. Zum heutigen Zeitpunkt existiert in der aktuellen Forschungsliteratur auch keine Übersicht über jene pflegerischen Handlungen, die die Privatsphäre der Patienten verletzen.

1.2 Fragestellung

Aus der beschriebenen Problembeschreibung leitet sich folgende Forschungsfrage ab:

Welche pflegerischen Handlungen, die von stationären Patienten als Verletzung der Privatsphäre wahrgenommen werden, sind in der Fachliteratur beschrieben?

1.3 Ziel der Literaturarbeit

Mit diesem qualitativen systematischen Literaturreview erstellt die Autorin eine Übersicht der pflegerischen Handlungen, welche die Privatsphäre von pflegebedürftigen Menschen verletzen. Die Absicht besteht darin, den Stand der Forschung zu diesem Thema darzustellen und Massnahmen zum Schutz der Privatsphäre für die Pflegepraxis vorzuschlagen.

2. Begriffsdefinitionen

2.1 Privatsphäre

In der Forschungsliteratur wird von mehreren Autoren betont, dass es keine klare, allgemeingültige Definition dieses Begriffes gibt (Leino–Kilpi et al., 2002; Bauer 1996; Malcolm, 2005; Lemonidou et al., 2003). Den Begriff "Privatsphäre" allgemeingültig zu definieren sei schwierig, da er erstens emotionalen Inhalt habe und zweitens abhängig sei von Normen und Werten der jeweiligen gesellschaftlichen Umgebung, die sich stetig verändere (Woogara, 2001). Der Begriff "Privatsphäre" wird in der Fachliteratur synonym für "Privatheit" verwendet (Bauer, 1996; Schopp et al., 2001). Die meisten Definitionen beziehen sich auf das Recht der Privatsphäre in Gesundheitsorganisationen. Back und Wikblad (1998) definieren die Privatsphäre als ein grundlegendes menschliches Recht, das in der holistischen Pflege als zentrales Konzept angesehen werden muss. Im Ethikkodex des International Council of Nurses (2000) heisst es: „...untrennbar von Pflege ist die Achtung der Menschenrechte, auf Würde und auf respektvolle Behandlung...“ (S.1). Die Weitergabe von Informationen über Patienten und Patientinnen an Drittpersonen darf

nur mit dem Einverständnis der Betroffenen geschehen. Privatsphäre hat auch mit dem Anspruch auf Besitz- und Freiheitsrecht zu tun (Inness, 1992).

Privatsphäre ist nach dem heutigen Stand der Erkenntnisse nicht nur ein Grundrecht, sondern auch ein Grundbedürfnis eines Individuums und könnte bei Nichterfüllung zu ernststen psychischen und somatischen Beeinträchtigungen führen (Bauer, 1996).

Der Wissenschaftler Westin (1967, zit. in Bauer, 1996, S.23) hat die Privatsphäre als ein menschliches, soziales und psychologisches Bedürfnis definiert. Der Psychologe Altmann (1981) erklärt in seiner Privatheitstheorie die Privatheit als einen Gleichgewichtszustand, der mit zwei gegensätzlich wirkenden Kräften dem Menschen ermögliche „offen und zugänglich“ oder „abgeschottet und verschlossen“ gegenüber anderen zu reagieren. Abweichung von diesem Zustand im Extremfall kann zu Beengung, Bedrängung und sozialer Isolation führen. Bauer (1996) definiert die Privatsphäre als die Freiheit zu bestimmen, wann, unter welchen Umständen und in welchem Ausmass private Informationen weitergegeben oder zurückgehalten werden.

Nebst dem unterschiedlichen Begriffsverständnis tragen auch die verschiedenen Aspekte der Privatsphäre zur Komplexität des Themas bei. Bauer (1996) erwähnt in ihrer Arbeit drei Aspekte der Privatsphäre: persönliche Autonomie, körperliche Blossstellung und Territorialität / persönlicher Raum. Weitere Autoren beschreiben dieselben Aspekte wie sie von Bauer (1996) benannt wurden (Altmann, 1981; Kruse, 1984; Horowitz, 1965; Sommer, 1959; Westin, 1967). Die vorliegende Arbeit bezieht sich auf dieselben Aspekte der Privatsphäre:

Die **persönliche Autonomie** bezieht sich auf den Glauben an die Einzigartigkeit des Menschen und seinen Wert als Individuum. Das Bedürfnis, nicht von anderen dominiert zu werden, wird durch die Individualität aufrechterhalten (Westin, 1967, zit. in Bauer, 1996, S.24). Eine Verletzung der Individualität bedeutet auch Verletzung der Privatsphäre.

Unter dem physischen Aspekt der Privatsphäre beschreibt Bauer (1996) die **körperliche Blossstellung**, die sich auf visuelle Informationen der Person bezieht. Visueller Zugang, während man in einem unpräsentablen Zustand ist, zerstört den Sinn des unverletzten Selbst. Ein wichtiger Teil des "Selbst" ist eine gesellschaftlich akzeptable Darstellung des Körpers. Dazu gehört, beispielsweise, der visuelle Zugang während des Entkleidens, Waschens oder während der Ausscheidung.

Die **Territorialität** ist eng mit der Privatsphäre verbunden. In der Theorie von Altman (1981) ist Territorialität eine Möglichkeit, Privatsphäre zu regulieren. Kruse (1984) definiert Territorium als „...relativ invariantes, räumlich fixierbares Gebiet, mit markierten oder nicht markierten Grenzen, das als überdauernder oder temporärer Besitz angenommen wird und gegen Verletzung, Eindringen, Wegnahme usw. direkt oder indirekt verteidigt wird“ (S.190-191). Beim persönlichen Raum handelt es sich um den Bereich um eine Person herum, der je nach Erfordernis eingesetzt wird, um andere auf gebührende Distanz zu halten, eine „Körper-Pufferzone“ (Horowitz, 1965, zit. in Bauer, 1996, S.35). Der persönliche Raum steht in einem engen Zusammenhang mit der Territorialität. Es bestehen nach Sommer (1959, zit. in Bauer, 1996, S.35) jedoch wesentliche Unterschiede. Der persönliche Raum ist beweglich im Gegensatz zum relativ unbeweglichen Territorium. Die Grenzen von Territorien sind gewöhnlich markiert und darum sichtbar, Grenzen des persönlichen Raums sind immer unsichtbar.

2.2 Pflege und pflegerische Handlungen

In der Krankenpflege ist das Erlernen von Fähigkeiten und Kenntnissen selbstverständlich, doch zum Umgang mit Menschen gehört auch ein „sorgfältiges“ Arbeiten, durch das der Bereich der moralischen Verantwortung betroffen ist. Pflege ist nicht nur eine medizinisch-technische Aufgabe, sondern es geht um die Hilfe für kranke Menschen. Pflegende übernehmen Verantwortung ihren Patienten gegenüber, die sich auf die moralische Lebensqualität der Patienten und der Pflegenden auswirken kann. Entscheidend ist, dass Pflegende bezogen auf ihre fachliche Kompetenz, aber auch auf den Umgang mit Verantwortung zu ihren Handlungen und Entscheidungen stehen können. Die pflegerischen Handlungen beziehen sich auf die Wahrnehmung von Humanität. Dabei soll stets die menschliche Würde im Mittelpunkt stehen, denn jeder Mensch hat um seiner Würde willen ein selbstverständliches moralisches Recht auf eine ganzheitliche und fachkundige Pflege, in der auch Kommunikation, Trost, gemeinsames Schweigen oder ein gemeinsames Gebet inbegriffen sein sollen (Kruse & Wagner, 1994, zit. in Schayck, 2000, S.19). Dies sollte eine ethische Grundlage allen Handelns sein (Bartholomeyczik, 1995, zit. in Schayck, 2000, S.19). Beim pflegerischen Handeln ist es notwendig, über den Sinn von Pflegeethik- und Moral nachzudenken. Alle pflegerischen Handlungen orientieren sich am Berufsethos, des Kodex für Pflegende

des International Council of Nurses. Respekt, Autonomie und Ethik sind die Hauptprinzipien dieses Kodex (Juchli, 2000).

Pflegerische Handlung ist das qualifizierte Tun, Planung und Organisation dessen, was in der jeweiligen Pflegesituation notwendig ist. Pflege ist dementsprechend, eine Haltung (Sein), die sich in Planung und Handlung (Handeln) ausdrückt (Juchli, 1991). Einige pflegerische Handlungen, die Privatsphäre von PatientInnen verletzen können, sind in Kapitel 1.1 beschrieben.

3. Methode

3.1 Design, Ethische Aspekte und Güterkriterien

Zur Beantwortung der Fragestellung wird eine systematische, kriteriengeleitete Literaturrecherche durchgeführt. Anschliessend folgt die qualitative Auswertung der Ergebnisse. Die Berücksichtigung veröffentlichter Artikel mit der expliziten Erwähnung einer ethischen Überprüfung gewährleistet den ethischen Aspekt dieser Arbeit.

Um die Objektivität der Literaturarbeit möglichst hoch zu halten, werden verschiedene Schritte durchgeführt. Für die angestrebte Vertrauenswürdigkeit werden für diese Literaturübersicht die für die qualitativen Methoden gültigen Kriterien von Lincoln und Guba (1985, S.302-306, zit. in Polit, Beck & Hungler, 2004) angewandt. Das sind Glaubwürdigkeit, Übertragbarkeit, Stabilität und Nachvollziehbarkeit. Die Glaubwürdigkeit wird durch eine intensive Suche nach Literatur in pflegerelevanten Datenbanken erhöht. Jede Studie wird mehrmals gelesen und zusammengefasst. Die Übertragbarkeit wird durch möglichst klar und ausführlich beschriebene Ergebnisse, Ein- und Ausschlusskriterien und eine dichte Beschreibung der Methode unterstützt. Die Stabilität wird durch verschiedene Suchstrategien in pflegerelevanten Datenbanken erhöht. Die Nachvollziehbarkeit wird durch die systematische Aufzeichnung der Datensammlung bis zur Darstellung der Ergebnisse gewährleistet. Auch die kritischen Rückmeldungen der betreuenden Lehrperson werden hinzugezogen.

3.2 Methode der Datensammlung und Datenauswahl

Die Datensammlung wird in den elektronischen Datenbanken PubMed (US National Library of Medicine), Cinahl (Cumulated Index to Nursing and Allied Health Literature) und Cochraine Library durchgeführt.

Zu dieser Literaturrecherche werden folgende Schlagwörter eingesetzt: „Privacy“, „Nurses“ und „Nursing Interventions“ jeweils in Verbindung mit „Nursing Process“, „Patients“, „Personal Space“ und „Privacy-and-Confidentiality“. Fast alle Schlagwörter sind über Thesaurus oder MeSH-Terms definiert. Die genauen Suchstrategien- und Ergebnisse sind in Anhang A dargestellt. Die Datenerhebung erfolgte von Oktober 2006 bis März 2007.

Die Auswahl der Studien bezieht sich auf Ein- und Ausschlusskriterien, die in direktem Zusammenhang mit der Forschungsfrage stehen. Eingeschlossen werden Publikationen, deren Titel und vorhandene Abstrakte privatsphärenverletzende pflegerische Handlungen bei erwachsenen Menschen in stationären Pflegebereichen hinweisen. Die Publikationen sollten auf Englisch, Deutsch oder Russisch verfasst sein. Das Publikationsdatum soll nicht länger als 10 Jahre zurückliegen, damit möglichst aktuelle Verhältnisse und Rahmenbedingungen der Pflege zum Tragen kommen. Die Studien sollten über Subito, Science Direct, durch Ausleihen oder über die Suchmaschine Google erhältlich sein. Ausgeschlossen werden Studien, die in pädiatrischen und psychiatrischen Bereichen durchgeführt wurden. Von den gleichen Autoren werden maximal drei Studien berücksichtigt, um Verzerrungen zu vermeiden. Randomisierte kontrollierte Studien, Metaanalyse und systematische Literaturübersichten haben Priorität bei der Datenauswahl.

3.3 Methode der Datenanalyse

Die Studien werden mehrmals gründlich gelesen und zusammengefasst. Die Zusammenfassungen der einzelnen Studien umfassen folgende Aspekte: Design/Setting/Stichprobe, Absicht/Hintergrund, Methode der Datensammlung/Datenanalyse/Evidenzgrad, Ethik, Ergebnisse und Schlussfolgerungen/Diskussion (siehe Anhang B). Die Forschungsartikel sind nach Publikationsdatum aufgelistet. Für die Bestimmung von Evidenzen werden Kriterien der AHCPH (Agency for Health Policy Care and Research) von Fischer und Bartens (1999) berücksichtigt. Die Evidenzskala ist in Anhang C zu finden. Die aus den

analysierten Studien abgeleiteten privatsphärenverletzenden pflegerischen Handlungen werden den Aspekten der Privatheit zugeteilt (siehe Kapitel 2.1).

4. Ergebnisse

Mit den genannten Schlüsselwörtern wurden in Pubmed und in Cinahl insgesamt 83 Publikationen gefunden. Verschiedene Suchstrategien in der Cochraine Library haben keine relevanten Studien zur Analyse geliefert. Um die Studienanzahl zu begrenzen, wurde eine Reduktion anhand von Ein- und Ausschlusskriterien durchgeführt. Dies ergab 57 Artikel. Die Titel und vorhandenen Abstrakte wurden gelesen. Davon viel versprechende 23 Publikationen wurden bestellt, in ganzem Text gründlich gelesen und noch Mal auf Ein- und Ausschlusskriterien überprüft. Dies ergab sieben relevante Studien für die Analyse. Die gewählten Artikel setzen sich zusammen aus vier qualitativen (Edwards, 1998; Walsch & Kowanko, 2002; Woogara, 2005a; Woogara, 2005b) und drei quantitativen (Schopp et al., 2001; Scott et al., 2003; Lemonidou et al., 2003) Studien. Von den ausgewählten Forschungsarbeiten wurden sechs in Europa und eine in Australien verfasst. Die tabellarische Studienübersicht ist in Anhang D zu sehen. Die Grössen der Stichproben innerhalb der analysierten Studien waren verschieden: die Anzahl der Probanden schwankte zwischen neun und 497. In die Stichproben wurden beide Geschlechter zwischen 18 und 90 Jahren aufgenommen. Die Populationen innerhalb der ausgewählten Untersuchungen sind unterschiedlich präzise geschildert. Die Untersuchungen wurden auf verschiedenen Abteilungen wie Chirurgie, Medizin, Geriatrie, Orthopädie sowie in Pflege- und Altersheimen durchgeführt. Alle analysierten Studien wurden der Stufe 4b des Härtegrades der Evidenz von Fischer und Bartens (1999) zugeteilt.

Die Ergebnisse aus den ausgewählten Artikeln lassen sich in drei Aspekte der ausgewählten Definition von Privatsphäre einteilen: pflegerische Handlungen, welche die persönliche Autonomie verletzen, pflegerische Handlungen, welche körperliche Blossstellung auslösen und pflegerische Handlungen, welche das Territorium oder den persönlichen Raum einschränken. Eine kurze Übersicht über die Ergebnisse ist in Tabellen 2, 3 und 4 zu sehen.

4.1 Pflegerische Handlungen, welche der persönliche Autonomie verletzen

Schopp et al. (2001) gingen in ihrer quantitativen deskriptiven Untersuchung folgenden Fragen nach: „1. Inwieweit wird die Autonomie des Patienten während der institutionellen Betreuung berücksichtigt? 2. Inwieweit wird das Prinzip der „informierten Zustimmung“ während der institutionellen Betreuung umgesetzt? 3. Inwieweit wird die Privatheit des Patienten während der institutionellen Betreuung respektiert?“ Es wurden 95 kommunikationsfähige Patienten befragt. Die Auswahl der Studienteilnehmer wurde durch das Pflegepersonal bestimmt. Den Ergebnissen kann entnommen werden, dass PatientInnen sich in ihrer persönlichen Autonomie verletzt fühlten, weil sie niemals oder selten über die Dauer des Krankenhausaufenthaltes mitentscheiden konnten. Vier Fünftel der Betroffenen konnten fast nie über alternative Behandlungsmassnahmen oder über den Zeitpunkt der Mahlzeiten und Kaffeepausen mitbestimmen, weil diese Entscheidungen mehrmals von den Pflegenden bereits getroffen wurden.

Mehrere Pflegebedürftige wurden niemals oder selten über den Namen und die Dosis der Medikamente informiert. Pflegende haben über die Medikamente häufig im Beisein von anderen Mitpatienten gesprochen. Die PflegeempfängerInnen wurden auch kaum über die möglichen Behandlungsrisiken aufgeklärt. Ungefähr ein Drittel der Befragten bekamen geringe Informationen über Körperpflege und/oder Unterstützung der Darm- und Blasenfunktion. Zu denselben Resultaten kamen auch Scott et al. (2003) und Lemonidou et al. (2003) in ihren quantitativen Studien und fügten noch hinzu, dass die teilnehmenden PatientInnen selten und ungenügend bezüglich der Aufenthaltsdauer in der Institution und Schmerztherapien informiert wurden.

Die qualitative phänomenologische Studie von Walsch und Kowanko (2002) hatte zum Ziel, die Wahrnehmung von Patienten und Pflegenden bezüglich „Würde“ zu erforschen. Dazu gehörte auch die Identifikation von Pflegehandlungen, welche die Privatsphäre von Pflegebedürftigen unterstützen oder beeinträchtigen. Die Stichprobe beinhaltete fünf PatientInnen und vier Pflegende. Diese haben gezeigt, dass Pflegende sich zu wenig Zeit für wichtige Mitteilungen nahmen. Wichtige Informationen wurden mehrmals in einer inadäquaten und für die Pflegebedürftigen unverständlichen Form weitergegeben.

Viele Teilnehmende waren der Meinung, dass die Diskretion der Informationen ungenügend war. Lemonidou et al. (2003) erwähnten in ihrer quantitativen Studie ähnliche Situationen bezüglich persönlicher Informationen und berichten, dass die Pflegebedürftige ihren Pflegenden nicht vertrauten. Die geäußerte Gefühle und Wünsche der PflegeempfängerInnen wurden nicht immer beachtet und dadurch fühlten sich die befragten PatientInnen wie Objekte behandelt und in ihrer Privatheit verletzt. Die Interessen der hospitalisierten Menschen wurden vernachlässigt, weil während den Arztvisiten die zuständigen Pflegepersonen zu wenig die Bedürfnisse und Vorstellungen der Betroffenen vertreten haben. Diese Tatsache verursachte negative Reaktionen und Gefühle in beiden Gruppen.

Scott et al. (2003) wollten in ihrem Survey die Umsetzung der Prinzipien von Autonomie, Privatheit und der informierten Zustimmung in der Altenpflege überprüfen. Die Stichprobe bestand aus 160 Pflegenden und 101 Patienten. Die Studienergebnisse belegen, dass nur ein Drittel der befragten PatientInnen ihre Privatangelegenheiten ohne Präsenz von anderen Personen besprochen haben. Eine ähnliche Situation erwähnt Woogara (2005a) in seiner weiteren qualitativen Studie (Woogara, 2005b) und berichtet dazu, dass durch die lauten Diskussionen zwischen Pflegenden und Ärzten die MitpatientInnen und deren Besucher häufig Bescheid über die Privatangelegenheiten der betroffenen MitpatientInnen wussten. Scott et al. (2003) stellten noch fest, dass viele PflegeempfängerInnen selten in die Entscheidungen bezüglich Pflegemassnahmen einbezogen wurden.

Das Ziel der quantitativen deskriptiven Studie von Lemonidou et al. (2003) war es, die Umsetzung der Autonomie, der informierten Zustimmung und der Privatheit pflegerischen Interventionen zu untersuchen. Die Wahrnehmungen von Pflegenden und Patienten wurden beschrieben und die Antworten der beiden Gruppen anschliessend verglichen. Die Population bestand aus 222 Patienten und 275 Pflegenden. Die Studienergebnisse weisen darauf hin, dass die Patienten mangelnde Aufklärungen bezüglich Wundpflege und Operationsrisiken erhielten und dadurch sich nicht ernst genommen fühlten. Mehrere Befragte konnten nur im Beisein von Begleitpersonen über alternative Behandlungsmassnahmen, Aufenthaltsdauer im Spital, Mahlzeiten, Schmerz- und Schlafmedikation, Unterstützungsmassnahmen der Darm- und Blasenfunktion und Körper- und

Hauthygiene entscheiden. Auch bei entscheidungsfähigen PatientInnen wurden sämtliche Entscheidungen oft von Pflegenden übernommen, wodurch sich die PatientInnen in ihrer Privatsphäre beeinträchtigt fühlten.

Woogara (2005a) wollte durch seine qualitative ethnographische Untersuchung bestimmen, inwieweit die vom Gesundheitsdepartment beschriebenen Patientenrechte bezüglich Privatsphäre und Würde des Patienten innerhalb der institutionellen Betreuung berücksichtigt wurden. Woogara (2005a) weist darauf hin, dass die PflegeempfängerInnen durch die steuernde Haltung von Pflegefachpersonal ihre Privatheit als negativ erlebten. Mehrere Betroffene wurden um sechs Uhr für die Vitalzeichenkontrolle und Medikamenteneinnahme geweckt. Immobile Pflegebedürftige wurden bereits vor Beginn des Tagesdienstes für das Frühstück vorbereitet. Die Betroffenen mussten lange warten, bis sie von den Pflegenden des Tagesdienstes das Frühstück verteilt bekamen. Pflegende haben häufig keine Empathie gegenüber den Betroffenen aufgezeigt—die persönliche Bedürfnisse von Pflegebedürftigen wurden nicht beachtet. Der schlechte Gesundheitszustand von Kranken während mehreren pflegerischen Handlungen wurde von den Pflegefachpersonen nicht immer berücksichtigt. Für die Ausscheidungsverrichtung wurden die Betroffenen aufgefordert Urinflaschen oder Nachtstühle zu benutzen. Die Hände zu waschen war nach dieser Ausscheidungsart kaum möglich. Zu denselben Ergebnissen kam Woogara (2005a) in seiner anderen qualitativen Studie (Woogara, 2005b). Der Schutz von Patientendaten wurde oftmals von den Pflegenden oftmals nicht ernst genommen. Die Daten waren für alle auf der Abteilung zugänglich: die Notizblöcke von Pflegenden lagen offen auf den Stationstischen und/oder auf den Dokumentationsständern. Die männlichen Patienten wurden häufig von den weiblichen Pflegenden ohne Erlaubnis "Liebling" oder "Schatzt" genannt. Diese Respektlosigkeit bezüglich der Patientenidentität erwähnt Woogara (2005a, 2005b) in seinen beiden Studien.

Absicht der qualitativen ethnographischen Forschungsarbeit von Woogara (2005b) war festzustellen, inwieweit die Privatsphäre während der institutionellen Betreuung respektiert wird und inwieweit diese Umsetzung den Richtlinien des Gesundheitsdepartments über die Menschenrechte entspricht.

Die Stichprobe umfasste 73 PatientInnen und 34 Teammitglieder, darunter sechzehn Pflegende. Die Privatsphäre der PflegeempfängerInnen wurde oftmals durch eine steuernde Haltung des Pflegepersonals eingeschränkt. Beispielsweise, bestimmten die Pflegefachpersonen für die Patienten, was und wann etwas gemacht wird. Die kranken Menschen wurden häufig in einem befehlenden Ton mit Vornamen ohne Erlaubnis angesprochen. Mehrere hospitalisierte Menschen haben sich auch über die Störungen durch das Pflegepersonal beschwert. Sie mussten schon um sechs Uhr erwachen und wenn sie zwischen den therapeutischen und medizinischen Massnahmen schlafen wollten, dann wurden sie durch Pflegende für verschiedene Zwecke geweckt. Die Mahlzeiten wurden ebenfalls oft durch pflegerische Handlungen wie Blutentnahmen unterbrochen oder beschleunigt.

4.2 Pflegerische Handlungen, welche körperliche Blossstellung auslösen

Die Fragestellung der qualitativen ethnographischen Studie von Edwards (1998) lautet: „Wie nehmen PatientInnen und Pflegende den Umgang mit Privatsphäre im Spital sowie eventuelle diesbezügliche Missbräuche wahr?“ Für die Untersuchung hat die Forscherin sechs Patienten sowie sieben Pflegende befragt. Die Ergebnisse der Studie belegen, dass die Studienteilnehmenden sich in ihrer körperlichen Privatsphäre oft verletzt fühlten, weil sie allgemein auf Hilfe des Pflegepersonals angewiesen waren. Beispielsweise, haben intime Pflegeverrichtungen bei mehreren PatientInnen Scham- und Verlegenheitsgefühle ausgelöst, weil Pflegenden die Schutzmassnahmen nicht immer berücksichtigten. Frauen bevorzugten gleichgeschlechtliche Pflegende für intime Pflegeverrichtungen, was nicht immer beachtet wurde. Auch die Anwesenheit von mehreren Pflegenden während Untersuchungen wurde von den befragten PflegeempfängerInnen als Blossstellung des Körpers wahrgenommen. Es gab Situationen wo Berührungen, wie zum Beispiel das Halten einer Hand, von mehreren PatientInnen je nach Umständen als Unterstützung oder als Machtausübung interpretiert wurden.

Die Studienresultate in der Untersuchung von Schopp et al. (2001) zeigen auf, dass nur zwei Drittel der Teilnehmenden ohne Beisein von anderen PatientInnen duschen oder baden konnten. Mehr als die Hälfte der Betroffenen gab an, dass das Entkleiden und die Verrichtung der Ausscheidungen nur im Beisein von anderen Pflegebedürftigen möglich waren. Walsch und Kowanko (2002), Scott et al. (2003) und Lemonidou et al. (2003) kamen in ihren Studien zu denselben Resultaten bezüglich Ausscheidungsverrichtungen, was bei den Betroffenen das Gefühl, körperlich blossgestellt zu sein, auslöste.

Die Ergebnisse der Studie von Woogara (2005a) belegen, dass die PatientInnen häufig von den Pflegenden aufgefordert wurden, die Töpfe und Urinflaschen für die Ausscheidungen zu benutzen. Die urinalen Beutel von katheterisierten PatientInnen wurden unbedeckt an die Bettränder gehängt. Dies hat den MitpatientInnen und Besuchern ermöglicht den Abfluss von Urin zu beobachten. Besonders peinlich haben die Betroffenen diese Situation während der Einnahme von Mahlzeiten und während dem Besuch von MitpatientInnen erlebt. Störungen durch Pflegende während der Körperpflege wurden als Verletzung der Privatsphäre von den Betroffenen wahrgenommen. Viele Pflegebedürftige haben Verlegenheitsgefühle erlebt, wenn andere Pflegende während der Intimpflege das Zimmer betreten haben. Mehrere befragte PatientInnen haben ihren Körper durch die transparente Spitalbekleidung als blossgestellt empfunden. Zu annähernden Resultaten kommt Woogara (2005a) in seiner weiteren ethnographischen Studie (Woogara, 2005b) und erwähnt noch, dass viele teilnehmende PflegeempfängerInnen ihre körperliche Integrität als nicht ernst genommen erlebt haben, weil sie häufig während der Pflege oder den Untersuchungen den Blicken von anderen Personen ausgesetzt waren.

4.3 Pflegerische Handlungen, welche das Territorium oder den persönlichen Raum einschränken

Weitere kritische Situationen der Privatsphärenverletzung beziehen sich auf das Territorium oder den persönlichen Raum der Patienten. Die Studienergebnisse der Untersuchung von Edwards (1998) und Woogara (2005a) belegen, dass die PflegeempfängerInnen sich in ihrer territorialen Privatsphäre beeinträchtigt fühlten, weil sie keine Kontrolle über ihre eigenen Sachen haben konnten.

Das Aufräumen von persönlichen Gegenständen durch Pflegende ohne Nachfrage, wurde bei vielen Betroffenen als Beeinträchtigung der Privatheit wahrgenommen. Die Studienergebnisse von Woogara (2005a, 2005b) zeigten zusätzlich, dass das Territorium von Patienten und Patientinnen durch das Personal bestimmt wurde. Beispielsweise, wurde die Bettposition von den Pflegenden ohne Nachfrage gewechselt und die Betroffenen wurden neben andere, unbekannte Menschen platziert. Pflegende haben sich oft ohne Erlaubnis auf die Betten der Pflegebedürftigen gesetzt. Auch die Pflegematerialien wurden ohne Nachfrage auf das Bett des Patienten gelegt.

Studienresultate von Walsch und Kowanko (2002) haben gezeigt, dass der persönliche Raum oft während pflegerischen Handlungen, wie Verbandwechseln oder Lagerung, nicht respektiert wurde. Mehrere Pflegemaßnahmen wurden mehrmals durch andere Pflegende gestört oder gar unterbrochen, weil diese Hilfe benötigten oder Informationen austauschen mussten. Mehrere Betroffene mussten zu lange warten, bis die zuständige Pflegeperson die unterbrochene Handlung weiter führen konnte. Dieses Verhalten der Pflegenden wurde von den Betroffenen als Eingriff in die Privatsphäre erlebt.

Teilnehmende PatientInnen in den quantitativen Untersuchungen von Scott et al. (2003) und von Lemonidou et al. (2003) haben sich daran gestört, dass die Pflegefachpersonen beim Betreten der Zimmer nicht immer an die Tür geklopft haben.

5. Diskussion

5.1 Diskussion der Methode

Im Folgenden werden die Designs, die ethischen Aspekte, die Gütekriterien sowie die Methode der Datensammlung, der Datenauswahl und der Datenanalyse einzeln diskutiert.

5.1.1 Design, Ethische Aspekte und Gütekriterien

Die Methode der systematischen Literaturrecherche hat sich zur Beantwortung der gewählten Fragestellung bewährt. Die beschriebenen ethischen Aspekte und Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1985, S. 302-306, zit. in Polit, Beck & Hungler, 2004) konnten in der vorliegenden Arbeit berücksichtigt werden.

5.1.2 Methode der Datensammlung und Datenauswahl

Die Datensuche in Pubmed und Cinahl zeigte sich im Vergleich mit der Cochraine-Suche als effektivere Strategie, weil in der Cochraine Library keine Studien gefunden wurden, die den Auswahlkriterien entsprachen. Eine gezielte Suche nach Metaanalysen, systematischen Literaturarbeiten und randomisierten kontrollierten Experimenten ergab keine relevanten Publikationen zum Thema. Alle verwendeten Studien ausser der von Schopp et al. (2001) wurden in englischer Sprache publiziert. Mehrere analysierte Studien wurden in Pubmed gefunden.

Die qualitativen Studien von Edwards (1998) und Walsch und Kowanko (2002), sowie eine quantitative Untersuchung von Scott et al. (2003) weisen eine relativ kleine Anzahl von Probanden auf. Polit et al. (2004) erwähnen, dass eine kleine Anzahl der Teilnehmenden aus naturalistischen Untersuchungen die Verallgemeinerbarkeit von Ergebnissen in Zweifel ziehen kann. Die Stichproben in den Studien von Edwards (1998), Schopp et al. (2001) und Scott et al. (2003) beinhalten hauptsächlich weibliche Teilnehmer, was auf eine Überrepräsentation des Segmentes innerhalb der Population hinweist. In der quantitativen Studie von Schopp et al. (2001) wurden die Probanden durch das Pflegepersonal bestimmt, was eine Verzerrung der Ergebnisse bewirken könnte.

5.1.3 Methode der Datenanalyse

Die Evidenzeinstufung nach Fischer und Bartens (1999) weist auf einen Mangel an empirischen Studien hin. Die Zuteilung der Ergebnisse zu den genannten Aspekten der Privatsphäre war aufgrund der komplexen Definition des Begriffes nicht immer eindeutig.

5.2 Diskussion der Ergebnisse

Aller analysierten Studien haben die AutorInnen auf die Wichtigkeit dieses Themas für die Gesundheitsinstitutionen hingewiesen. In zwei Forschungsarbeiten (Woogara, 2005a, 2005b) wurden Massnahmen zum Schutz der Privatsphäre vorgeschlagen. Interessant ist, dass die Forschungen zwar in zwei verschiedenen Erdteilen durchgeführt wurden, es aber keinen grossen Unterschieden zwischen den Hauptergebnissen gibt. Mehrere Untersuchungen zeigten, dass die Privatsphäre verletzenden pflegerischen Handlungen von Patienten als äusserst peinlich erlebt wurden und negative Gefühle und Reaktionen bei den Betroffenen verursachten.

5.2.1 Pflegerische Handlungen, welche die persönliche Autonomie verletzen

Die Ergebnisse der analysierten Studien weisen darauf hin, dass die persönliche Autonomie der kranken Menschen durch das Pflegepersonal häufig verletzt wurde. Das grösste Problem war die Tatsache, dass die PflegeempfängerInnen selten und ungenügend und/oder unangemessen informiert wurden. Mehrere Pflegende stellten sich als „Sachkundige“ dar und die PatientInnen gerieten in eine untergeordnete Position, die einen Autonomieverlust mit sich brachte (Schopp et al., 2001; Walsch & Kowanko, 2002; Scott et al., 2003; Lemonidou et al., 2003). Es ist verständlich, dass die kranken Menschen versuchen, sich während des Aufenthaltes in einer Gesundheitsinstitution Informationen zu beschaffen. Informationen tragen meistens dazu bei, eine Situation besser in den Griff zu bekommen. Es könnte sein, dass die Betroffenen durch das Verwenden von Fachausdrücken durch Pflegende nicht in der Lage waren, Fragen zu stellen. In der wissenschaftlichen Literatur wird betont, dass die Häufigkeit und die Komplexität von Informationen auf die PflegeempfängerInnen individuell abgestimmt werden sollten.

Aufklärung und Informationen sind die Basis der Autonomie (Arets, Obex, Ortmans & Wagner, 1999). Durch Klarstellung der nicht verstandenen oder falsch interpretierten Informationen können die Pflegenden den kranken Menschen in autonomen Entscheidungen unterstützen.

Die weitere Beeinträchtigung der Privatsphäre war der unsorgfältige Umgang mit den Patientendaten und die Bekanntmachung von persönlichen Informationen in Anwesenheit von anderen Personen (Edwards, 1998; Walsch & Kowanko, 2002; Woogara, 2005a). Der Schutz von persönlichen Informationen, insbesondere der Datenschutz sind als Rechte in der Patientencharta verankert (Schweizer Patienten-Charta, 2005). In der Charta der Rechte des Krankenhauspatienten (1979, S. 65-66, zit. in Menche, Bazlen & Kommerell, 2001) heisst es, dass jeder Patient das Recht auf Informationen hat, die entsprechend seiner Lage für ihn von Bedeutung sind. Schutz von Patientendaten ist demnach eine der wichtigsten Aufgabe der Pflegenden. Bei der Weitergabe dieser Informationen an den PatientInnen sollen dessen höhere Interessen Vorrang haben. Durch die ethischen Grundsätze des SBK (1998) ist das Pflegepersonal verpflichtet mit Informationen vertraulich umzugehen und den Schutz des Privatlebens von Personen zu gewährleisten. Die diskreten Umgangsformen mit den persönlichen Informationen von Pflegebedürftigen unterstützen die vertrauensvollen Beziehungen zwischen Patienten und Pflegenden. Laut Ergebnissen aus mehreren Studien, hatten die hospitalisierten Menschen allgemein zu wenig Kontrolle und zu wenig Einfluss auf das, was mit ihnen gemacht wurde (Schopp et al., 2001; Scott et al., 2003; Lemonidou et al., 2003; Woogara, 2005b). Kontrolle ist ein Zeichen von Autonomie und bedeutet Macht. Im Zusammenhang mit Privatsphäre bedeutet Kontrolle die Fähigkeit, Zugang zu verschiedenen Aspekten des Selbst zu gewähren oder zu verweigern (Bauer, 1996). Vermitteln die Pflegenden den Betroffenen den Eindruck, Kontrolle zu haben, beeinflussen sie positiv das Gefühl einer unverletzten Privatsphäre.

Die Identität und die Persönlichkeit der Patienten wurden durch Pflegenden oftmals ebenso nicht berücksichtigt (Woogara, 2005a, 2005b). Jeder Mensch hat das Bedürfnis, als Individuum respektiert zu werden. Das ist ein Fundament für den Beginn einer professionellen Pflegebeziehung. Die Berücksichtigung von Individualität der Betroffenen erleichtert den Zugang zu den Menschen und unterstützt somit den Vertrauensaufbau (Arets, Obex, Vaessen & Wagner, 1999).

Die nächste Einschränkung der Privatheit äussert sich durch die ungenügende Berücksichtigung von geäusserten Wünschen und Bedürfnissen der PatientInnen (Walsch & Kowanko, 2002; Woogara, 2005a). Haben die Pflegepersonen eine wertschätzende Beziehungshaltung, die sie respektvoll mit der Privatheit der PflegeempfängerInnen umgehen lässt, gewähren sie ihnen damit einen gewissen Grad an Vertrauen und vermitteln ein Gefühl von Sicherheit, Autonomie und Selbstidentität. Die Betroffenen fühlen sich gegenüber den Pflegenden nicht hilflos und abhängig, sondern gleichwertig.

Durch die routinemässigen Abläufe haben die Pflegenden oftmals für die PflegeempfängerInnen bestimmt, was und wann etwas gemacht wird (Woogara, 2005a, 2005b). Bei steuernden Handlungen der Pflegenden kommt für die PatientInnen die Selbstbestimmung zu kurz. Dadurch kann der Betroffene keine Eigeninitiative ergreifen, Alternativen bedenken, Beschlüsse fassen oder Freiheit des Handels erfahren. Steuerndes Verhalten ruft in der Regel Widerstand hervor, während stimulierende, nicht steuernde Handlungen den gegenteiligen Effekt haben. Jeder Mensch ist frei, darum kann er sich für oder gegen etwas entscheiden. Vor allem darin äussert sich seine Individualität. Der Mensch ist der Realisation seiner Pflegebedürfnisse nicht machtlos ausgeliefert. Er entscheidet sich für die Art und Weise, in der er seine Pflege verwirklichen möchte. Wenn Entscheidungen über den Kopf der PatientInnen hinweg gefällt werden, verstärkt sich für die Betroffenen das Gefühl der Bedeutungslosigkeit und Abhängigkeit (Arets, Obex, Vaessen & Wagner, 1999). Die Pflegenden können die Selbstbestimmung der Patienten fördern, indem sie ihnen die zur Auswahl stehenden Möglichkeiten erklären. Für manchen Pflegebedürftigen reicht es, wenn sie logisch nachvollziehen können, warum Pflegende für sie etwas bestimmten.

Eine inadäquate Kommunikationsform von Seite des Pflegepersonals verletzt ebenfalls die Privatsphäre von Patienten (Edwards, 1998). Die Kommunikation bildet die Basis, einander zu verstehen und Gefühle zu teilen. Ohne adäquate Kommunikation ist es unmöglich, eine sinnvolle Pflegebeziehung einzugehen. Wenn der Kommunikationsprozess für die PatientInnen erleichtert wird, entstehen positive Gefühle wie Vertrauen und sich ernst genommen fühlen, wodurch ein festes Fundament für eine Zusammenarbeit entstehen kann. Kommunikation ist ein Prozess, der in zwei Richtungen abläuft.

Den Pflegenden kommt die Rolle als kommunikativer Zwischenträger, Übersetzer und Stellvertreter gleichzeitig zu. Um die Patienten wahrnehmen und ihnen begegnen zu können, benötigen die Pflegekräfte ein hohes Mass an kommunikativer Fähigkeit. Voraussetzung ist das Beherrschen entsprechender Kommunikationstechniken. Pflegefachpersonen sollten in der Lage sein, verschiedene Handlungen miteinander zu kombinieren, zum Beispiel gleichzeitige Durchführung einer Pflegehandlung und Gespräch mit den PatientInnen über die Tätigkeit und deren Notwendigkeit, sowie über die negativen und positiven Empfindungen während der Handlung. Durch das Wissen über die Bedeutung von Gefühlen bei den ihnen anvertrauten Personen und im daraus resultierenden Verhalten zeigt sich die emotionale Kompetenz der Pflegefachpersonen (Arets, Obex, Vaesse & Wagner, 1999).

5.2.2 Pflegerische Handlungen, welche körperliche Blossstellung auslösen

Allen analysierten Studien ist zu entnehmen, dass die körperliche Identität der Patienten durch mehrere pflegerische Handlungen blossgestellt wurde. Von zahlreichen Pflegebedürftigen wurde die körperliche Entblössung als ein sehr belastender Eingriff in die Privatsphäre wahrgenommen und löste Schamgefühle aus. Das Erleben von Scham wird stark geprägt, einerseits durch die Interaktion mit den Pflegepersonen, die die Körperpflege ausführen, die sich in der mündlichen Kommunikation wie auch im körperlichen Ausdruck zeigt und andererseits durch das Geschlecht der Pflegeperson sowie der Umgebung. Die Schamgefühle sind normal und gehören zum Menschsein wie Freude oder Trauer. Das wird in den Theorien über Sinn und Zweck von Privatsphäre und Scham von verschiedenen Autoren, besonders von Altman (1981) betont.

Es ist für die Pflegenden schwierig, sich in eine nicht vertraute Erlebniswelt der Patienten hin einzufühlen. Eine standardisierte persönliche Vorsorge kann es nicht geben, da bei jedem Patienten andere Aspekte oder andere Gewohnheiten bei der Körperpflege oder beim Ankleiden im Vordergrund stehen. Nehmen die Pflegenden die Selbstbestimmung der PflegeempfängerInnen ernst, erleichtern sie sich ihre Aufgabe (Arets, Obex, Ortmans & Wagner, 1999). Eine grosse Hilfe ist dabei der Sichtschutz vor anderen Blicken. Wenn die Pflegepersonen Trennwände oder Vorhänge brauchen, kann es den Betroffenen zeigen, dass die Pflegenden sich bewusst sind, dass Körperpflege eine private Angelegenheit ist. Der Nutzen von

Trennwänden oder Vorhängen bei intimen Pflegeinterventionen wird in der Forschungsliteratur mehrmals erwähnt (Bauer, 1996).

Dabei ist ein behutsamer und diskreter Umgang mit Berücksichtigung von Wünschen und Gefühlen der Betroffenen wichtig. Bei der Intimpflege wäre es heute realistisch, den Wunsch von Patienten bezüglich des gleichgeschlechtlichen Pflegepersonals zu verwirklichen. Ein empathischer Umgang kann dazu führen, dass die PatientInnen sich respektiert und verstanden fühlen und sich immer mehr gegenüber demjenigen öffnen, der Empathie zeigt. Pflegende werden durch eine empathische Haltung für sich im Allgemeinen eine Bereicherung erleben. Es ist eine positive Erfahrung, jemanden auf andere Weise verstehen zu können und seine Gefühle nachzuempfinden (Arets, Obex, Ortmans & Wagner, 1999).

Weitere privatsphärenverletzende Handlungen beziehen sich auf die Ausscheidungsrichtungen (Schopp et al., 2001; Walsch & Kowanko, 2002). Das Thema Ausscheidung ist peinlich und wird noch heute tabuisiert. Obwohl die Ausscheidungen genauso zur menschlichen Existenz gehören wie essen und trinken. In der westlichen Gesellschaft findet die menschliche Ausscheidung hinter verschlossenen Türen statt. Bei gesunden Menschen ist die Ausscheidung nichts Besonderes. Die Situation kranker Menschen ist völlig anders, weil sie sich ihrer Ausscheidung bei Inkontinenz oder Krankheit häufig sehr stark bewusst werden. Die Betroffenen tun alles Mögliche, um dieses zu verbergen, und vermeiden es, darüber zu sprechen. Jedes Problem im Zusammenhang mit der Ausscheidung kann für die Betroffenen zu einer ernsten Konfrontation werden (Arets, Obex, Ortmans & Wagner, 1999).

Pflegende können dem entgegenwirken, indem sie sich ausreichend Zeit nehmen und den PflegeempfängerInnen den richtigen Einsatz und Umgang der Hilfsmittel erklären. Dazu gehört auch, dass sich die Pflegenden der besonderen Bedeutsamkeit dieses Themas bewusst sind. Respekt für die negativen Gefühle bei den Betroffenen und die Fähigkeit, diese Gefühle wahrzunehmen und sie äussern zu können, sind hilfreich.

5.2.3 Pflegerische Handlungen, welche das Territorium oder den persönlichen Raum einschränken

Aus analysierten Forschungsarbeiten geht hervor, dass das persönliche Territorium oder der persönliche Raum von PflegeempfängerInnen oftmals nicht respektiert wurde. Wird der wichtige Aspekt der Privatsphäre verletzt, ist das für das Individuum peinlich (Edwards, 1998; Walsch & Kowanko, 2002).

Die Wahrnehmung der Privatheit einer Person hängt nicht nur von der Integrität der auf sie selbst bezogenen Bereiche ab, sondern auch vom Besitz eines persönlich identifizierten Territoriums und von der Kontrolle darüber. Jeder, der Zugang begehrt, muss die üblichen Mittel wie Klopfen, Läuten oder Rufen einsetzen. Es liegt dann am Betroffenen, Zugang zu gewähren oder nicht (Bauer, 1996). Das Betreten eines Territoriums ohne Genehmigung und das Verändern des Umfelds ohne Erlaubnis ist ein ernstes Vergehen, das zu negativen Konsequenzen führt (Scott et al., 2003; Lemonidou et al., 2003).

Persönliche Gegenstände werden als sicher gesehen, solange sie sich innerhalb des markierten Territoriums und an ihrem rechtmässigen Platz befinden. Es gibt Unterschiede, inwieweit die Gegenstände privat sind. Sie repräsentieren verschiedene Aspekte des Selbst, was vom Verhältnis zwischen den Gegenständen und dem Individuum abhängt (Bauer, 1996). Durch ein erlaubtes Aufräumen von Nachttisch, Schrank und persönlichen Gegenständen, unterstützen die Pflegenden die Gefühle von Respekt und Achtung den Betroffenen gegenüber.

Eingriffe in die Privatsphäre geschehen nicht nur in das eigene markierte Gebiet, sondern auch quer durch psychische und/oder physische Barrieren. Wenn eine Person näher kommt, als die andere es will, ist das Gefühl von Selbstbestimmung und Autonomie gestört.

In Gesundheitsinstitutionen ist das Eindringen in den psychischen und/oder physischen Bereich eines Menschen dann gerechtfertigt, wenn die Absicht eine berufliche ist, zum Beispiel dort, wo PatientInnen Unterstützung brauchen (Bauer, 1996). Oft ist es schwierig, das richtige Gleichgewicht zwischen Nähe und Distanz zu finden. Wenn die Distanzen nicht eingehalten werden können, führt das zu unangenehmen Gefühlen (Woogara, 2005a, 2005b). Dieses Gleichgewicht zu finden, ist für alle Professionen des Gesundheitswesens nicht einfach. Nähe und Distanz sind zwei Gegenpole, die sich in der Pflege in ständigem Wechselspiel befinden

(Juchli, 2000). Eine vertrauliche Nähe zum Gesprächspartner lässt sich durch das Sitzen auf einem Stuhl neben der Längsseite des Patientenbettes erreichen. Die sozialen Normen besagen welche Distanz, bei welcher Angelegenheit, zu welchen Personen eingehalten werden soll. Nach Juchli (2000) beträgt die optimale Schutzdistanz ungefähr 0,5 m. Im Umgang mit Nähe und Distanz sollten die Pflegenden daran denken, dass die eigenen Grenzsetzungen anders sein können als die der Pflegebedürftigen. Takt und Einfühlungsvermögen können den Pflegenden helfen, das richtige Mass zu finden.

6. Kritische Würdigung der Diplomarbeit

Trotz einer intensiven Bearbeitung der Forschungsliteratur ist die Möglichkeit von falschen Interpretationen aufgrund der sprachlichen Barriere nicht auszuschliessen. Durch die Suche in drei Datenbanken und das Einsetzen von verschiedenen Limits könnte es sein, dass evidenzbasierte Studien übersehen wurden. Es wurde auch keine manuelle Datensuche unternommen. Aufgrund der komplexen Definition von Privatsphäre war es nicht immer einfach, die pflegerischen Handlungen vom pflegerischen Verhalten zu unterscheiden, was die Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse beeinflussen kann. Weil der Begriff Privatsphäre sehr individuell geprägt und von vielen Faktoren abhängig ist, können die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit kaum auf andere Populationen übertragen werden. Ein weiterer Mangel dieser Arbeit besteht darin, dass die Qualität der analysierten Studien nicht beurteilt wurde.

7. Schlussfolgerungen

Der Forschungsliteratur ist zu entnehmen, dass die Privatsphäre von PflegeempfängerInnen für die Pflege ein wichtiges und komplexes Thema ist. Die Ergebnisse der analysierten Studien haben gezeigt, dass Pflegefachpersonen sich vertiefter mit den Aspekten der Privatsphäre und deren Umsetzung im praktischen Alltag auseinandersetzen sollten, um das Wohlbefinden von PatientInnen zu fördern und negative Konsequenzen zu vermeiden. Sich mit der Situation aus der Sicht der betreffenden Person auseinandersetzen, setzt von den Pflegenden das Respektieren des Patienten als Persönlichkeit voraus. Durch Erklärung der Pflegemaßnahmen und durch die zur Verfügung gestellten, verständlichen Informationen können die Pflegebedürftigen die Notwendigkeit der Maßnahmen verstehen und auch die unvermeidlichen Eingriffe in die Privatheit besser tolerieren. Die Pflegenden müssen den Pflegebedürftigen immer so optimal wie möglich in die Entscheidungen einbeziehen. Die Betroffenen fühlen sich dann als Personen ernst genommen.

Die Pflegenden sollten alle Möglichkeiten des gewohnten Alltages der Betroffenen ausschöpfen, um negative Gefühle und Reaktionen während pflegerischen Handlungen zu minimieren. Für die Pflege ist dies auch ein Weg, in einen Beziehungsprozess mit den Patienten und Patientinnen einzutreten.

Das territoriale Verhalten muss von den Pflegenden vermehrt als Grundbedürfnis erkannt und als wichtiger Aspekt zur Wahrung der Privatsphäre in den Alltag einbezogen werden. Zum Beispiel, repräsentieren das Anklopfen an die Tür im Falle des Betretens von Zimmern oder das erlaubte Öffnen von Nachttischen und Schränken ein Anerkennung und Respekt gegenüber den Pflegebedürftigen.

Die Pflegeanamnese stellt ein wichtiges Instrument dar, um die Eigenständigkeiten der Persönlichkeit zu erfassen und um die Ziele des stationären Aufenthaltes gemeinsam zu analysieren. Die Inhalte von Empowerment unterstützen die Persönlichkeitsrechte und die Privatheit, die entscheidende Komponenten im Umgang mit anderen Menschen darstellen.

Die Pflegenden müssen die Notwendigkeit einsehen, ihre Haltung gegenüber der Privatsphäre der Pflegebedürftigen fortwährend zu reflektieren. Eine hilfreiche Basis zum Überdenken der eigenen Beziehungsgestaltung bieten Pflege-theorien oder Interaktions- und Kommunikationstheorien. Pflegefachpersonen sollten ihrerseits in

der Lage sein, diese Theorien in den Alltag zu transferieren, damit das pflegerische Tun sichtbar wird.

Aus der durch die Untersuchung gewonnenen Erkenntnis, nach der es sich bei Privatsphärenverletzungen um individuelle Erlebnisse handelt, kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass die Unterstützung durch die Pflegenden in solchen Situationen ebenfalls einen individuellen Charakter aufzeigen sollten.

Im Weiteren zeigen die Individualität und Komplexität des Erlebens von Eingriffen in die Privatsphäre folgende Grenzen der Pflege auf: der Eingriff in die Privatsphäre bleibt ein mehr oder weniger unvermeidbares und unangenehmes Erlebnis. Mit einem unterstützenden Verhalten während pflegerischen Handlungen wie Intimpflege, können Pflegende lediglich dazu beitragen, dass sich Betroffene in ihrer Würde weniger verletzt fühlen. Im Rahmen des Pflegeprozesses können beispielsweise entsprechende Interventionen festgelegt, durchgeführt, evaluiert und wieder angepasst werden. Folglich bleibt die Vermeidung von Eingriffen in die Privatheit von pflegebedürftigen Menschen im Rahmen des Möglichen das oberste Ziel.

Mehrere Autoren haben innerhalb der Studien verschiedene Faktoren wie Alter, Geschlecht, Spitalerfahrungen, soziale Status, Gesundheitszustand der PatientInnen und Bettenanzahl im Zimmer erwähnt, die das Erleben von Privatsphärenverletzung beeinflussen können. Das ist eine weitere Erkenntnis, welche in dieser Literaturarbeit gewonnen wurde. Es wäre interessant zu wissen, ob es auch andere Faktoren gibt wie zum Beispiel Nationalität oder Religion der PatientInnen, die bei der Privatsphärenverletzung im Pflegealltag auch eine Rolle spielen können. Es wäre auch sehr interessant zu erfahren, wie Pflegende den Umstand erleben, aus beruflichen Gründen in die Privatsphäre anderer Menschen eintreten zu müssen und welche Bewältigungs- oder Umgangsformen sie dabei unterstützen können.

Es besteht ein weiterer Bedarf an Forschungen bezüglich der Privatheit in pflegerischen Handlungen, um daraus evidenzbasierte Schlussfolgerungen für den Pflegealltag ziehen zu können. Insbesondere konkrete Pflegeinterventionen, die im Zusammenhang mit Eingriffen in die Privatsphäre von PatientInnen stehen, wurden noch wenig erforscht. Wünschenswert sind auch Studien in deutscher Sprache.

8. Literaturverzeichnis

- Altman, I. (1981). *The environment and social Behavior, Privacy, Personal Space, Territory, Crowding*. New York: First Irvington Edition.
- Arets, J., Obex, F., Ortmans, L. & Wagner, F. (1999). *Professionelle Pflege. Fähigkeiten und Fertigkeiten* (1. Aufl.). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber.
- Arets, J., Obex, F., Vaessen, J. & Wagner, F. (1999). *Professionelle Pflege. Theoretische und praktische Grundlagen* (3. Aufl.). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber.
- Bäck, E. & Wikblad, K. (1998). Privacy in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 27 (5), 940-945.
- Bauer, I. (1996). *Die Privatsphäre der Patienten*. Bern: Hans Huber.
- Dachorganisation von krankheitsbezogenen Patienten- und Betroffenenorganisationen sowie von unabhängigen Patientenstellen. (2005). *Schweizer Patienten-Charta*. Gefunden am 22. Feb. 2007 unter <http://www.patienten.ch/PatientenCharta030505.pdf>
- Deshefy-Longhi, T., Dixon, J. K., Olsen, D. & Grey, M. (2004). Privacy and Confidentiality issues in primary care: views of advances practice nurses and their Patients. *Nursing Ethics*, 11 (4), 378-393.
- Edwards, S. C. (1998). An anthropological interpretation of nurses` and patients` perceptions of the use of space and touch. *Journal of Advances Nursing*, 28 (4), 809-817.
- Fischer, M. & Bartens, W. (1999). *Zwischen Erfahrung und Beweis – medizinische Entscheidungen und Evidence – Based Medicine*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Gräser, T. (2006). Damit die Intimsphäre gewahrt bleibt. *Krankenpflege*, 5, 20-21.
- Inness, J. C. (1992). *Privacy, Intimacy and Isolation* (Oxford University Press ed.). New York / Oxford.
- International Council of Nurses. (2000). *Ethik Kodex für Pflegenden*. Gefunden am 25. Nov. 2006 unter <http://www.dbfk.de/download/ICN-Ethikkodex-DBfK.pdf>
- Juchli, L. (1991). *Krankenpflege. Praxis und Theorie der Gesundheitsförderung und Pflege Kranker* (6. Aufl.). Stuttgart, New York: Thieme.
- Juchli, L. (2000). *Pflege: entdecken-erleben-verstehen-professionell handeln* (9.Aufl.). Stuttgart, New York: Thieme.

- Klein, B., Gaugisch, P. & Wulfgramm, H. (2005). Gesundheitsförderung in der Altenpflege. *Inqua-Pflege: Initiativkreis gesund pflegen*, 9, 1-12.
- Kruse, L. (1984). „Privatheit im Akutkrankenhaus aus der Sicht des Psychologen.“ In: Wischer, R. & Rau, H. (Hrsg.). Ein- oder Mehrbettzimmer im Akutkrankenhaus. Analysen ihrer Tauglichkeit. Stuttgart: Krämer.
- Leino-Kilpi, H., Välimäki, M., Arndt, M., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C., Scott, P. A., Bansemir, G., Cabrera, E., Papaevangelou, H. & Mc Parland, J. (2002). *Patient's autonomy, privacy and informed consent*. Amsterdam: IOS Press.
- Lemonidou, C., Merkouris, A., Leino-Kilpi, H., Välimäki, M., Dassen, T., Gasull, M., Scott, A., Papathanassoglou, E. & Arndt, M. (2002). Nurses' and elderly patients' Perceptions regarding autonomy, privacy and informed consent in nursing interventions in Greece. *Reviews in Clinical Gerontology*, 12, 191- 204.
- Lemonidou, C., Merkouris, A., Leino-Kilpi, H., Välimäki, M., Dassen, T., Gasull, M., Scott, A., Tafas, C. & Arndt, M. (2003). A comparison of surgical patients' autonomy, privacy and informed consent in nursing interventions. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 7, 73-83.
- Malcolm, H. (2005). Does Privacy Matter? Former Patients discuss their Perceptions of Privacy in shared Hospital rooms. *Nursing Ethics*, 12 (2), 156-166.
- Menche, N., Bazlen, U. & Kommerell, T. (2001). *Pflege Heute* (2.Aufl.). München/Jena: Urban & Fischer.
- Pohlmann, M. (2006). Die Pflegenden-Patienten-Beziehung. Ergebnisse einer Untersuchung zur Beziehung zwischen Patienten und beruflich Pflegenden im Krankenhaus. *Pflege*, 19 (3), 156-162.
- Polit, D. F., Beck, C. T. & Hungler, B. P. (2004). *Lehrbuch Pflegeforschung*. Bern, Göttingen Toronto, Seattle: Huber.
- Sawada, N. O., Mendes, I. A. C. & Coleta J. A. D. (1996). Personal and Territorial Space of the Patients: a nursing ethics question. *Medicine and Law*, 15 (2), 261-270.
- SBK – ASI. (1998). *Pflege und Forschung: Ethische Grundsätze*. Bern: Zentralsekretariat SBK.
- Schäfer, D. (1996). My bed is my castle. *Die Schwester der Pflege*, 35 (5), 442-445.
- Schopp, A., Dassen, T., Välimäki, M., Leino-Kilpi, H., Bansemir, G., Gasull, M., Lemonidou, C., Scott, P. A. & Arndt, M. (2001). Autonomie, Privatheit und die Umsetzung des Prinzips der "Informierten Zustimmung" im Zusammenhang mit pflegerischen Interventionen aus der Perspektive des älteren Menschen. *Pflege*, 14 (1), 29-37.

Scott, P.A., Välimäki, M., Leino-Kilpi, H., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C. & Arndt, M. (2003). Autonomy, Privacy and informed consent 3: elderly care perspective. *British Journal of Nursing* 12 (3), 158-168.

Schayck, A. (2000). *Ethisch handeln und entscheiden. Spielräume von Pflegenden und die Selbstbestimmung des Patienten* (1. Aufl.). Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.

Seligman, M. E. P. (1999). *Erlernte Hilflosigkeit* (3. Aufl.). Beltz GmbH: Julius.

Walsh, K. & Kowanko, I. (2002). Nurses' and patients' perceptions of dignity. *International Journal of Nursing Practice*, 8 (3), 143-151.

Woogara J. (2001). Human rights and patients` privacy in UK hospitals. *Nursing Ethics*, 8, 234-245.

Woogara, J. (2005). Patients` rights to privacy and dignity in the NHS. *Nursing Standard*, 12 (19), 33-37.

Woogara, J. (2005). Patients` Privacy of the Person and Human Rights. *Nursing Ethics*, 12 (3), 273-287.

Anhang A

Suchstrategien

Datenbank	Suchbegriffe	Anzahl der Studien	1 Reduktion Rest	Anzahl Treffer	Ausgewählte Studien
Pubmed	Privacy [MeSH] AND Nursing Process [MeSH]	50	Title/Abstract, English, German, Russian, published in the last 10 years, Humans 45	15	3 -Scott et al., 2003 -Woogara, 2005a -Woogara, 2005b
	Nurses [MeSH] AND Patients [MeSH] AND Personal Space [MeSH]	1	-	1	1 -Edwards, 1998
	Privacy AND Nursing Intervention	15	Title/Abstract, English, German, Russian, published in the last 10 years, Humans 8	2	1 -Schopp et al., 2001
	Nurses [MeSH] AND Patients [MeSH] AND Privacy [MeSH]	8	Title/Abstract, English, German, Russian, published in the last 10 years, Humans 4	3	1 -Walsh & Kowanko, 2002
Cinahl	Privacy-and-Confidentiality (Thesaurus) AND Nursing-Interventions (Thesaurus)	9	English, German, 1997-2007	2	1 -Lemonidou et al., 2003
Total		83	57	23	7

Anhang B

Zusammenfassungen der analysierten Studien

Edwards, S. C. (1998). An anthropological interpretation of nurses` and patients` perceptions of the use of space and touch

Design / Setting Stichprobe	Absicht / Hintergrund	Methode der Datensammlung / Datenanalyse / Evidenzgrad	Ethik	Ergebnisse	Schlussfolgerung / Diskussion
<p>Design: Qualitative ethnografische Studie</p> <p>Setting: Akute medizinische Abteilung im Spital in England.</p> <p>Stichprobe: Patienten n=6 Pfleger n=7</p>	<p>Die Fragestellung der Studie lautete: „Wie nehmen Patienten und Pfleger den Umgang mit Privatsphäre im Spital sowie eventuelle diesbezügliche Missbräuche wahr?“</p>	<p>Zur Datensammlung wurden halbstrukturierte Interviews mit allen Teilnehmern sowie teilnehmende Beobachtungen durchgeführt. Die Beobachtungen dauerten insgesamt 30 Stunden und fanden morgens, nachmittags und abends statt. Für die Datenanalyse wurden die Methoden der Grounded Theorie berücksichtigt.</p> <p>Evidenzgrad nach AHPCR: 4b</p>	<p>Die ethischen Aspekte der Untersuchung wurden durch die „National Health Service“ Kommission überprüft. Die Teilnahme an der Untersuchung war freiwillig. Die Forschende garantiert, dass die Namen der Teilnehmer nirgends erwähnt werden.</p>	<p>Der persönliche Raum von Patienten kann sich je nach deren Zustand und Mobilität verändern. Ist der Betroffene sehr abhängig, besteht die Gefahr, dass er seine Subjektivität verliert. Pfleger treten durch ihre Tätigkeit gezwungenermaßen in die Privatsphäre von PflegeempfängerInnen ein. Für Pfleger und Patienten gehen intime Pflegeleistungen mit Verlegenheitsgefühlen einher, beide sehen jedoch die Wichtigkeit solcher Handlungen ein. Frauen bevorzugten weibliche Pfleger für intime Pflegeleistungen, mit zunehmendem Alter akzeptierten sie eher Pfleger. Demgegenüber bevorzugten männliche Patienten nicht unbedingt Pfleger, hier wurden die Themen Homosexualität und soziales Rollenverständnis erwähnt. Einige Betroffenen schämten sich wegen ihrem alternden Körper. Mehrere Patienten fühlten sich bei der Kommunikation behaglicher, wenn sie auf gleicher Höhe stattgefunden hatte. Es gab Situationen, wo Berührung wie z.B. das Halten einer Hand von PflegeempfängerInnen je nach Umständen als Unterstützung oder als Machtausübung interpretiert wurde.</p>	<p>Wegen der kleinen Teilnehmeranzahl lassen sich die Ergebnisse nicht verallgemeinern, doch sie zeigen Aspekte auf, die weiter verfolgt werden sollen und denen bei der Pflege Beachtung geschenkt werden sollte.</p>

Schopp, A., Dassen, T., Välimäki, M., Leino-Kilpi, H., Bansemir, G., Gasull, M., Lemonidou, C., Scott, P. A. & Arndt, M. (2001). Autonomie, Privatheit und die Umsetzung des Prinzips der „informierten Zustimmung“ im Zusammenhang mit pflegerischen Interventionen aus der Perspektive des älteren Menschen

Design / Setting Stichprobe	Absicht / Hintergrund	Methode der Datensammlung / Datenanalyse / Evidenzgrad	Ethik	Ergebnisse	Schlussfolgerung / Diskussion
<p>Design: Quantitative, deskriptive Studie</p> <p>Setting: Geriatrische Kliniken und Pflegeheime in Berlin.</p> <p>Stichprobe: Patienten n=95 (davon 79% Frauen)</p>	<p>Ziel dieser Untersuchung war die Autonomie, Privatheit und die Umsetzung des Prinzips der „informierten Zustimmung“ aus der Perspektive des institutionell zu betreuenden, älteren Menschen zu beschreiben. Die Fragestellungen lauten:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inwieweit wird die Autonomie des PE während der institutionellen Betreuung berücksichtigt? 2. Inwieweit wird das Prinzip der „informierten Zustimmung“ während der institutionellen Betreuung umgesetzt? 3. Inwieweit wird die Privatheit des PE während der institutionellen Betreuung respektiert? 	<p>Die Datensammlung erfolgte mittels Befragung anhand strukturierter Interviewbogen mit 60 Items. Für die Beantwortung der Items wurde die Skala mit Codeziffern von 5 bis 0 verwendet. Die Auswahl der Teilnehmer fand durch das Pflegepersonal statt. Die Datenanalyse erfolgte anhand einer deskriptiven statistischen Analyse.</p> <p>Evidenzgrad nach AHPCR: 4b</p>	<p>Die Genehmigung für die Untersuchung wurde durch den Direktor oder durch die Pflegedienstleitung der jeweiligen Pflegeeinrichtung erteilt. Die Teilnehmenden wurden mündlich und schriftlich nach die Einverständniserklärung für die Teilnahme in der Studie gefragt.</p>	<p>Ergebnisse zeigten, dass die TeilnehmerInnen in geringem Mass selbstbestimmte Entscheidungen treffen konnten. Ihre Privatheit sahen die Betroffenen in Mehrbettzimmern sowie in Stationen des Ankleidens und bei der Verrichtung der Ausscheidungen nicht respektiert. PatientInnen wurden selten über die Behandlungsmassnahmen und -risiken sowie die Aufenthaltsdauer informiert. Ungefähr ein Drittel der Befragten erhielt geringe Informationen über Körperpflege und Unterstützungsmittel der Darm- und/oder Blasenfunktion. Die Betagten gaben an, dass das Entkleiden und das Verrichten der Ausscheidung, nur im Beisein von MitpatientInnen möglich waren. Je älter und pflegebedürftiger die PflegeempfängerInnen waren, desto weniger wurde ihre Privatsphäre respektiert. Je höher die Bettenzahl im Zimmer war, desto weniger wurde die Privatsphäre respektiert. Nur zwei Drittel der TeilnehmerInnen konnten ohne Beisein von anderen PatientInnen duschen oder baden. Ein Drittel der Befragten war der Meinung, dass keine Informationen über ihre Medikamente weitergegeben wurden. Die Entscheidungsmöglichkeiten waren ebenfalls gering. Vier Fünftel der Betroffenen konnten fast nie über alternative Behandlungsmassnahmen oder über den Zeitpunkt der Mahlzeiten und Kaffeepausen mitbestimmen. Über die Medikamente wurde häufig im Beisein von anderen Mitpatienten gesprochen.</p>	<p>Die Prinzipien der Autonomie, Privatsphäre und informierten Zustimmung während der institutionellen Betreuung wurden nicht berücksichtigt. Es ist anzunehmen, dass ältere Menschen wegen Informationsdefiziten, durch ihren Hilfsbedarf und durch die festgelegten Organisationsstrukturen der Pflegeeinrichtungen eine passive Krankenrolle übernehmen. Bei den pflegerischen Interventionen würde die Umsetzung des Prinzips der „informierten Zustimmung“ sowohl die Autonomie als auch die Respektierung der Privatheit fördern.</p>

Walsh, K. & Kowanko, I. (2002). Nurses` and patients` perceptions of dignity.

Design / Setting Stichprobe	Absicht / Hintergrund	Methode der Datensammlung / Datenanalyse / Evidenzgrad	Ethik	Ergebnisse	Schlussfolgerung / Diskussion
<p>Design: Qualitative phänomenologische Studie</p> <p>Setting: Stadtspital in Südaustralien</p> <p>Stichprobe: Patienten n=5 PflegerInnen n=4</p>	<p>Die Studie hatte zum Ziel, die Wahrnehmungen von Patienten und Pflegenden bezüglich „Würde“ zu erforschen, eine Definition des Ausdrucks „Würde“ anhand von Erfahrungen von Betroffenen und Pflegenden zu formulieren und Pflegehandlungen zu identifizieren, welche die Privatsphäre von Pflegebedürftigen unterstützen oder beeinträchtigen.</p>	<p>Die Datensammlung erfolgte mittels unstrukturierter Interviews mit dem Auftrag, Situationen im Spital zu beschreiben, welche die Privatsphäre und Würde der Patienten unterstützen oder beeinträchtigen. Die Interviews wurden auf Tonband aufgenommen und transkribiert. Die Daten wurden anhand der phänomenologischen Methode von Van Manen analysiert.</p> <p>Evidenzgrad nach AHPQR: 4b</p>	<p>Ethische Aspekte der Untersuchung wurden durch eine informierte Zustimmung aller Studienteilnehmer berücksichtigt.</p>	<p>Von Pflegenden wurden folgende mit Würde im Zusammenhang stehende Themen identifiziert: körperliche Privatsphäre, insbesondere vor fremden Blicken; der private Raum, welcher im Spital durch Personal verletzt wird; Achtung von Emotionen, sowie adäquate Mitteilungen von Informationen; Zeit für Erklärungen und Verrichtungen; Patienten als Personen und nicht als Objekt behandeln, z.B. keine körperliche Blossstellung; Interessen der PflegeempfängerInnen vertreten, wenn sie unfähig waren. Pflegebedürftige äusserten folgende Themen: körperliche Privatsphäre respektieren, auch während Arztvisiten; genug Zeit für Erklärungen, adäquate Form für Informationen; Wartende nicht lange alleine lassen; Patienten als Personen und nicht als Objekte behandeln, z.B. durch Diskretion bei unangenehmen Situationen wie Ausscheidungsvorgängen und korrekte Ausführung von Pflegehandlungen. Auswirkungen auf die Verletzung der Würde: Ärger, Angst und Verlegenheit. Patienten und Pflegende sind der Meinung, dass eine gewisse Beeinträchtigung der Würde unvermeidlich ist.</p>	<p>Die Erzählungen von Patienten und Pflegenden ergaben ähnliche Resultate, abgesehen von Humor und Wahlmöglichkeiten, was die PflegeempfängerInnen zusätzlich erwähnten. Diese ähnlichen Wahrnehmungen sprechen für ein gutes Einfühlungsvermögen seitens der befragten Pflegenden. Als mögliche Gründe für Verletzungen der Privatheit von Pflegebedürftigen durch Pflegemassnahmen eruierten die Forscher zu geringe soziale Fertigkeiten des therapeutischen Teams sowie Zeitdruck und Stress. Um Richtlinien zur Unterstützung der Würde und Privatsphäre von Patienten im Spital erstellen zu können, braucht es jedoch noch weitere soziale Studien, Aktionsforschungen und ethnographische Studien.</p>

Scott, P. A., Välimäki, M., Leino-Kilpi, H., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C. & Arndt, M. (2003). Autonomy, Privacy and informed consent 3: elderly care perspective

Design / Setting Stichprobe	Absicht / Hintergrund	Methode der Datensammlung / Datenanalyse / Evidenzgrad	Ethik	Ergebnisse	Schlussfolgerung / Diskussion
<p>Design: Quantitative Studie, Survey</p> <p>Setting: Langzeit- und Geriatrieabteilungen in Schottland n=15 Private Pflegeheime n=7</p> <p>Stichprobe: Patienten n=101 (davon 73% weiblich) Pfleger n=160</p>	<p>Mit dieser Untersuchung wollten die AutorInnen die Umsetzung in der Altenpflege der Prinzipien von Autonomie, Privatheit und informierter Zustimmung überprüfen und die Aussagen von Pflegefachpersonen und Patienten vergleichen.</p>	<p>Die Datensammlung erfolgte mittels Befragung anhand strukturierter Interviewbögen für Patienten und unstrukturierter für Pfleger. Für die Beantwortung der Items in strukturierten Fragebögen wurde die Likert-Skala mit Codeziffern von 5 bis 0 verwendet. Die Datenanalyse erfolgte anhand der deskriptiven Statistik.</p> <p>Evidenzgrad nach AHPQR: 4b</p>	<p>Die Teilnehmenden wurden nach Einwilligung für die Teilnahme an der Untersuchung gefragt. Die Untersuchung wurde vom lokalen Ethischen Komitee Bewilligt.</p>	<p>Ergebnisse der Studie zeigten einen Unterschied zwischen beiden Gruppen bezüglich Vermittlung von Informationen und Entscheidungsmöglichkeit. Patienten wurden selten über die Aufenthaltsdauer, mögliche Behandlungsrisiken, Schmerztherapie, Medikamente und Unterstützungsmassnahmen der Darm / Harnblasenfunktion informiert. Nur ein Drittel der befragten PatientInnen haben ihre Privatangelegenheiten ohne Präsenz von anderen Personen besprochen. In Mehrbettzimmern war die Entscheidungsmöglichkeit von den Pflegeempfangern geringer, als in Einzelzimmern. Pflegeempfangern mit Spitalerfahrungen konnten öfter ihre Therapiemassnahmen mitbestimmen. Weniger als ein Drittel der Pflegebedürftigen haben berichtet, dass z.B. Darmreinigung separat vor den Mitpatienten gemacht wurde. Mehrere befragte Pflegebedürftige haben den Einlauf im Beisein von MitpatientInnen bekommen, weil es „...nicht anders möglich war...“.</p> <p>92% der Pfleger waren überzeugt, dass diese pflegerische Verrichtung separat durchgeführt wurde.</p>	<p>Die Privatsphäre der Patienten wurde kaum berücksichtigt. Resultate der Studie haben gezeigt, dass Pfleger und PatientInnen unterschiedliche Vorstellungen über die Autonomie, Privatsphäre und die informierte Zustimmung haben. In Einzelzimmern fühlten die Betroffenen ihre Privatheit besser respektiert als in Mehrbettzimmern. Eingriffe in die Privatsphäre hatten negative Gefühle wie Machtlosigkeit, Vulnerabilität und Rückzug bei kranken Menschen ausgelöst. Die Studienergebnisse zeigten deutlich, dass das Pflegefachpersonal auf Schutz der Privatsphäre und den Respekt der Patientenwürde sensibilisiert sein sollte. Es besteht ein Bedarf an empirischen Studien für die Themen Autonomie und Privatheit.</p>

Lemonidou, C., Merkouris, A., Leino-Kilpi, H., Välimäki, M., Dassen, T., Gasull, M., Scott, A., Tafas, C. & Arndt, M. (2003). A comparison of surgical patients and nurses perceptions of patients autonomy, privacy and informed consent in nursing interventions

Design / Setting Stichprobe	Absicht / Hintergrund	Methode der Datensammlung / Datenanalyse / Evidenzgrad	Ethik	Ergebnisse	Schlussfolgerung / Diskussion
<p>Design: Quantitative deskriptive Studie</p> <p>Setting: 6 Spitäler In Griechenland</p> <p>Stichprobe: Patienten n=275 Pflegerische n=222</p>	<p>Ziel dieser Untersuchung war die Umsetzung der Autonomie, der informierten Zustimmung und der Privatheit bei pflegerischen Interventionen zu untersuchen und die Antworten von Patienten und Pflegenden zu vergleichen.</p>	<p>Für die Datensammlung haben die Forschenden strukturierte Fragebögen für Personal und für Patienten entwickelt. Für die Beantwortung der Items wurde die Likert-Skala mit Codeziffern von 4 bis 0 verwendet. Die Daten wurden anhand einer deskriptiven statistischen Analyse ausgewertet.</p> <p>Evidenzgrad nach AHPCR: 4b</p>	<p>Die Einwilligung zur Teilnahme an der Untersuchung lag vor. Die Untersuchung wurde vom lokalen pflege-wissen-Schaltflächen Komitee und den Direktionen der Institutionen bewilligt.</p>	<p>Ergebnisse der Studie zeigten einen signifikanten Unterschied zwischen der Meinung von PatientInnen und Pflegenden bezüglich Vermittlung von Informationen. Die Betroffenen wurden selten und ungenügend bezüglich ihrer Aufenthaltsdauer in der Institution, Schmerztherapie, Medikamente und Unterstützungsmassnahmen der Darm- und Harnblasenfunktion informiert. Ein weiteres Problem war die Diskretion von Informationen. Die persönliche Autonomie wurde durch das geringe Mass an selbstbestimmten Entscheidungen von Patienten nicht berücksichtigt. In der Gegenwart von Bezugspersonen / Familienmitgliedern konnten PflegeempfängerInnen eher Entscheidungen treffen. Wichtige Themen für Patienten waren: keine körperliche Entblössung während Ausscheidungen und Entkleiden, angemessene und rechtzeitige Informationen und beim Betreten des Zimmers an die Tür zu klopfen.</p>	<p>Die Privatsphäre der Patienten wurde durch den Pflegenden regelmässig verletzt. Der Unterschied zwischen Antworten von Pflegepersonal und PatientInnen war signifikant. Die Pflegenden müssen auf die Themen Privatsphäre, Autonomie und informierte Zustimmung sensibilisiert werden.</p>

Woogara, J. (2005a). Patients` rights to privacy and dignity in the NHS

Design / Setting Stichprobe	Absicht / Hintergrund	Methode der Datensammlung / Datenanalyse / Evidenzgrad	Ethik	Ergebnisse	Schlussfolgerung / Diskussion
<p>Design: Qualitative ethnografische Studie</p> <p>Setting: Drei akute medizinische und chirurgische Abteilungen in grossem Spital in England</p> <p>Stichprobe: Patienten n=73 Andere medizinische Personal n=22 Ärzte und Pflegende n=12</p>	<p>Absicht der Studie war zu bestimmen, inwieweit die vom Gesundheitsdepartement beschriebenen Patientenrechte bezüglich "Privatsphäre und Würde des Patienten" in der institutionellen Betreuung beachtet werden.</p>	<p>Zur Datensammlung wurden unstrukturierte Interviews sowie nichtteilnehmende Beobachtungen mit 55 Patienten und 12 Teammitgliedern (darunter Ärzte und Pflegende) durchgeführt. Anhand von halbstrukturierten Interviews wurden weitere 18 Patienten und 22 Personalmitglieder befragt. Die Datensammlung dauerte 6 Monate. Die Daten wurden anhand der phänomenologischen Methode nach Goffman (1959) interpretiert.</p> <p>Evidenzgrad nach AHPCR: 4b</p>	<p>Die Untersuchung wurde durch eine lokale ethische Kommission bewilligt. Durch das Komitee wurde überprüft, ob alle Teilnehmenden über die Untersuchung vollständig informiert wurden. Eine freiwillige Teilnahme an der Untersuchung wurde durch die informierte Zustimmung aller Studienteilnehmer berücksichtigt.</p>	<p>Das pflegerische Personal hat kaum die Patientenrechte bezüglich Privatsphäre und Würde berücksichtigt und umgesetzt. Die vom Gesundheitsdepartement beschriebenen Patientenrechte bezüglich "Privatsphäre und Würde des Patienten" wurden häufig verletzt. Mehrere Betroffene wurden um sechs Uhr für die Vitalzeichen und die Medikamenteneinnahme geweckt. Die Betroffenen mussten zu lange auf das Frühstück warten. Für die Ausscheidungen wurden die Betroffenen aufgefordert, Urinflaschen oder Nachtstühle zu benutzen. Der Schutz von Patientendaten wurde von den Pflegenden oft nicht ernst genommen. Die männlichen Patienten wurden von weiblichen Pflegenden oft ohne Erlaubnis mit Rufnamen wie „Liebling“ oder „Schatz“ benannt. Die Pflegenden haben selten Empathie gegenüber den Betroffenen gezeigt. Der schlechte Gesundheitszustand von Kranken während den pflegerischen Handlungen wurde häufig nicht berücksichtigt. Störungen durch Pflegende während der Körperpflege wurden als Blossstellung der Identität der Betroffenen wahrgenommen. Mehrere Betroffene haben ihren Körper durch die transparente Spitalbekleidung als blossgestellt empfunden.</p>	<p>Dem Spitalpersonal, sei es Ärzten oder Pflegenden, muss die Wichtigkeit der Patientenrechte bezüglich Privatsphäre und Würde bewusst sein. Diese sollen in Aus- und Weiterbildungen des Gesundheitssystems vermehrt im Vordergrund stehen.</p>

Woogara, J. (2005b). Patients` Privacy of the Person and Human Rights

Design / Setting Stichprobe	Absicht / Hintergrund	Methode der Datensammlung / Datenanalyse / Evidenzgrad	Ethik	Ergebnisse	Schlussfolgerung / Diskussion
<p>Design: Qualitative ethnographische Studie</p> <p>Setting: orthopädische, medizinische und chirurgische Abteilungen im grossen Spital in England.</p> <p>Stichprobe: Patienten n=73 Pfleger n=16 Ärzte n=6 Andere Teammitglieder n=12</p>	<p>Mit dieser Untersuchung wollte der Autor feststellen, inwieweit die Privatsphäre während der institutionellen Betreuung respektiert wird und in wieweit diese Umsetzung den Richtlinien des Gesundheitsdepartementes über die Menschenrechte entspricht.</p>	<p>Zur Datensammlung wurden unstrukturierte und halbstrukturierte Interviews sowie nichtteilnehmende Beobachtungen durchgeführt. Dauer: 6 Monate. Unstrukturierte Interviews wurden mit 55 Patienten und 12 Teammitgliedern durchgeführt. Weitere 18 PflegeempfängerInnen, 16 Pfleger und 6 Ärzte wurden anhand halbstrukturierter Interviews befragt. Alle Daten wurden manuell dokumentiert. Halbstrukturierte Interviews wurden zusätzlich auf Tonband aufgenommen, dann transkribiert und kodiert. Für die Datenanalyse hat der Autor die ethnographische Methode von Boyle (1994) und die phänomenologische von Colaizzi (1978) ausgewählt.</p> <p>Evidenzgrad nach AHPCR: 4b</p>	<p>Die Untersuchung wurde durch die ethische Forschungskommission bewilligt.</p>	<p>Mehrere PatientInnen haben es allgemein als schwierig empfunden, sich bezüglich ihrer Privatsphäre zu äussern. Vorstellungen über Privatheit sind sehr individuell. Die transparente Spitalbekleidung wurde als Verletzung der körperlichen wahrgenommen. Pfleger und Pflegebedürftige waren sich einig, dass ein Mangel an Privatheit auf Abteilungen herrscht. Das Territorium wurde regelmässig durch Personal verletzt. Pfleger haben sich ohne zu fragen auf die Betrüder der Patienten gesetzt oder Nachttische ohne zu fragen aufgeräumt. Persönliche Autonomie wurde durch eine steuernde Haltung von Pflegenden oftmals nicht berücksichtigt. Die Diskretion der Patientendaten wurde durch die Pflegenden häufig verletzt. Die Mahlzeiten wurden oft durch verschiedene therapeutische Massnahmen unterbrochen. Für Ausscheidungsverrichtungen wurden mehrfach Nachttische benutzt, wonach die Betroffenen keine Chance hatten ihre Hände zu waschen. Viele Patienten haben ihre Identität als verletzt wahrgenommen, weil sie mit Vornamen oder Rufnamen wie „Schatz“ ohne Erlaubnis angesprochen wurden.</p>	<p>Die Ergebnisse der Untersuchung haben gezeigt, dass Haltung und Einstellung vom Personal im Spital wichtige Faktoren für die Privatsphäre der PflegeempfängerInnen darstellen können. Betroffene haben ihre Situation akzeptiert, weil sie „...kein negatives Bild von sich machen wollten...“. Sie haben gelernt, sich an die Situation anzupassen. Mangel an der Privatsphäre auf Abteilungen wurde von beiden Gruppen akzeptiert. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigten deutlich, dass das Pflegefachpersonal auf Schutz und Respekt der Privatsphäre der Patienten sensibilisiert werden sollte.</p>

Anhang C

Meta – Analysen (systematische quantitative Übersichtsarbeiten). Von (mehreren) kontrollierten klinischen Studien (KKS, randomized clinical trial, RCT) werden die Effektstärken statistisch gepoolt und inferenzstatistische Schlüsse auf die Effektivität von Interventionen gezogen.	1a
Mindestens eine KKS	1b
Interventionsstudie mit Vergleichsgruppe (Querschnittstudie)	2a
Quasi-experimentelle Studie (z.B. Prätest – Posttest – Design: Längsschnittstudie mit Intervention, Vergleich in sich)	2b
Experimentum crucis („dramatic results in uncontrolled experiments“)	3a
Nicht randomisierte prospektive Studie mit Vergleichsgruppe; Kohortenstudien	3b
Interventionsstudien im Posttest – Design	4a
Nicht experimentelle (Nicht interventionelle) deskriptive Studien, Beobachtungsstudien (Fall – Kontrollstudien)	4b
Prospektiv geplante Studien ohne Kontrollgruppe	5a
Konsensus – Protokolle aus definierten Konsensfindungsverfahren (z.B. Delphi – Verfahren)	5b
Unsystematischer Review (Literaturüberblick), Fallbericht (Kasuistik), Expertenmeinung	6

Evidenzkala: Kriterien der „Agency for Health Policy Care and Research“ (Fischer & Bartens, 1999)

Anhang D

Quelle	AutorInnen	Titel	Sprache	Herkunft	Jahr	Art der Studie
Pubmed	Edwards, S. C.	An anthropological interpretation of nurses` and patients` perceptions of the use of space and touch	Englisch	England	1998	Qualitativ
	Schopp, A., Dassen, T., Välimäki, M., Leino-Kilpi, H., Bansemir, G., Gasull, M., Lemonidou C., Scott, P. A. & Arndt, M.	Autonomie, Privatheit und die Umsetzung des Prinzips der „informierten Zustimmung“ im Zusammenhang mit pflegerischen Interventionen aus der Perspektive des älteren Menschen	Deutsch	Deutschland	2001	Quantitativ
	Walsh, K. & Kowanko, I.	Nurses` and patients` perceptions of dignity	Englisch	Australien	2002	Qualitativ
	Scott, P. A., Välimäki, M., Leino-Kilpi, H., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C. & Arndt, M.	Autonomy, Privacy and informed consent 3: erlderly care perspective	Englisch	Schottland	2003	Quantitativ
	Woogara, J.	Patients` rights to privacy and dignity in the NHS	Englisch	England	2005 a	Qualitativ
	Woogara, J.	Patients` Privacy of the Person and Human Rights	Englisch	England	2005 b	Qualitativ
Cinahl	Lemonidou, C., Merkouris, A., Leino-Kilpi, H., Välimäki, M., Dassen, T., Gasull, M., Scott, A., Tafas, C. & Arndt, M.	A comparison of surgical patients and nurses perceprions of patients autonomy, privacy and informed consent in nursing interventions	Englisch	Griechenland	2003	Quantitativ

Tabelle 1 : Übersicht über die analysierten Studien (Tsaynits, 2007)

Pflegerische Handlungen, welche die Privatsphäre von Patienten verletzen	Anzahl Studien welche die Aspekte berücksichtigen
Fehlende, inadäquate oder mangelnde Informationen	5
Einschränkung der Selbstbestimmung von Patienten	5
Verletzung der Diskretion von Informationen (Notizblöcke, Gespräche in öffentlichen Räumen)	4
Fehlende Kontrolle	4
Respektlosigkeit bezüglich Patientenindividualität- und Personalität, steuernde Haltung	2
Störungen während Mahlzeiten, Nachmittagsschlaf	2
Keine Berücksichtigung der geäußerten Wünsche und Bedürfnisse von Patienten	2
Fehlende / mangelnde Aufklärungen bezüglich Medikamenten, Therapien	2
Interessen der Patienten nicht vertreten, inadäquate Kommunikationsformen	1

Tabelle 2: Pflegerische Handlungen, welche die persönliche Autonomie verletzen (Tsaynits, 2007).

Pflegerische Handlungen, welche die Privatsphäre von Patienten verletzen	Anzahl Studien welche die Aspekte berücksichtigen
Körperliche Blossstellung während Körperpflege, Ausscheidung, Untersuchungen, Intimpflege, Ankleiden und Darmreinigung	7
Körperliche Blossstellung durch transparente, halboffene Spital- und Operationshemden	2
Blossstellung durch Störungen vom Pflegepersonal während der Körperpflege	2
Keine Empathie zeigen	1
Respektloses Handeln (harsche, aggressive Berührungen während der Körperpflege)	1

Tabelle 3: Pflegerische Handlungen, welche körperliche Blossstellung auslösen (Tsaytnits, 2007).

Pflegerische Handlungen, welche die Privatsphäre von Patienten verletzen	Anzahl Studien welche die Aspekte berücksichtigen
Eintreten ins Zimmer ohne zu klopfen	2
Eintreten ins Zimmer während pflegerischen Massnahmen	3
Kontrolle von persönlichen Gegenständen durch Pflegende, Aufräumen von Nachttischen und Schränken	2
Pflegermaterialien ohne Nachfrage auf das Bett legen	2
Wechseln der Bettposition ohne Nachfrage	2
Sich ohne Erlaubnis auf den Bettrand des Patientenbettes setzen	2

Tabelle 4: Pflegerische Handlungen, welche das Territorium oder den persönlichen Raum einschränken (Tsaytnits, 2007)