

Original

## Nightingale: „Bemerkungen zur Krankenpflege“

— Warum Beobachtung der Patienten notwendig ist —

Tomoyo OHNO

*Fliedner-Kulturstiftung Kaiserswerth*

### Zusammenfassung

Die vorliegende Untersuchung befasst sich mit der deutschsprachigen Version von F. Nightingale's „Bemerkungen zur Krankenpflege“ (2005). Aus dieser Schrift wurde insbesondere das Kapitel „Kranke beobachten“ (Kapitel 13) ausgewählt, um es anhand der Beobachtungsdefinitionen von J. Travellbee zu analysieren. Als Ergebnis wurden drei wichtige Gesichtspunkte der Krankenbeobachtung ausgewählt:

1. Beobachtung benötigt Training, das mit dem Aufbau der menschlichen Beziehung zwischen dem Patienten und der Krankenschwester beginnt.
2. Das Beobachten der Individualität der Patienten schafft Klarheit beim Urteil.
3. Das Wesen der Beobachtung besteht in der Widmung für das Leben und den Tod der Patienten.

Es wird klar gemacht, dass diese Gesichtspunkte für die Durchführung von Krankenbeobachtung notwendig sind.

**Key words:** krankenschwester, beobachtung, patienten, lebensphilosophie

### Vorbemerkung

„Zu leben, um sich für andere einzusetzen und zu handeln: Kein Leben ist achtenswerter als ein solches“ (Ikeda, 2006). Genauso lebte die große Gründerin der Krankenpflege des 19. Jahrhunderts F. Nightingale, deren berühmte Schrift „Bemerkungen zur Krankenpflege“ praktisch jedem Krankenpfleger heute bekannt sein dürfte. Das 13. Kapitel „Kranke beobachten“ ist dabei nicht nur das längste von allen, sondern widerspiegelt ihre Ansichten zur Krankenpflege sehr deutlich, so dass es in besonderem Maße das Interesse an der Beobachtung des Krankenpflegers beim Leser erweckt. Vor dem Hintergrund der harten Realität des 19. Jahrhunderts machte sie mit ihrem scharfen Verstand aus der damals verkommenen Krankenschwester den weißen Engel. Der von ihr vertretene Standpunkt, dass die Krankenschwester die Augen und Stimmen der Kranken sein sollen, stellte bereits das Wesen der Krankenpflege in reinsten Form dar. Ihre strenge Haltung in Bezug auf die Krankenbeobachtung ist beispielsweise in dem Ausspruch erkennbar: „wenn es euch ... nicht gelingt, die Beobachtung zur Gewohnheit zu

machen, solltet ihr es lieber aufgeben, eine Krankenschwester zu sein, denn ihr seid nicht dazu berufen, wie freundlich und besorgt ihr auch sein mögt“ Nightingale hat damit auch ein Maßstab für Krankenpfleger als Fachkraft aufgestellt. Die Verfasserin dieses Aufsatzes war zwar schon der Meinung, dass die Beobachtung für einen Krankenpfleger eine selbstverständliche Aufgabe ist. Die Lektüre dieses Abschnittes machte jedoch klar, dass die wirkliche Beobachtung — so wie sie Nightingale gemeint hat — doch nicht so einfach sein kann. Sie war die erste Krankenpflegerin, die gefordert hatte, dass jeder einzelne Kranke individuell betreut und dazu die individuelle Eigenart des einzelnen Patienten auf der Grundlage von genauen Beobachtungen festgestellt werden muss. (Sakurai et al., 2008) Die Ausführungen von Nightingale geben uns heute noch wichtige Hinweise über die Bedeutung der Beobachtung von individuellen Eigenarten von jedem einzelnen Patienten. Die Beobachtung stellt in diesem Sinne einen Prozess des Kennenlernens des Patienten als eine eigenständige Persönlichkeit. Hier findet man ähnliche Denkansätze wie bei J. Travellbee, der in der Beobachtung die erste notwendige Stufe für die

Entwicklung der menschlichen Beziehung zwischen dem Patienten und des Krankenpflegepersonals sah. Aus diesen Gründen wird das Kapitel 13 (Kranke beobachten) näher durchleuchtet, um die für Krankenpfleger unerlässlichen Sichtpunkte der Krankenbeobachtung tiefer zu verstehen und das Wesen der Beobachtung im Nightingale'schen Sinn zu ergründen.

### I. Untersuchungsmethode

Dieser Untersuchung liegt die deutschsprachige Fassung (Schulze-Jaschok & Schweikardt, 2005) von "Bemerkungen zur Krankenpflege" von Nightingale zugrunde.

Unter Beobachtung wird hier „der Prozess des Kennenlernens des Patienten als eine eigenständige Persönlichkeit und die erste notwendige Stufe für die Entwicklung der menschlichen Beziehung zwischen dem Patienten und des Krankenpflegepersonals“ (Travellbee, 1981) verstanden. Für die Datensammlung wurden die einzelnen Sätze entlang der 26. Abschnitte des 13. Kapitels „Kranke beobachten“ mit Nummern versehen und insgesamt 106 Daten ausgewählt. Sie lassen sich nach inhaltlich verwandten Themen wie folgt klassifizieren: 6 Ausführungen über Ärzte, 14 über Patienten, 38 über Krankenschwester und 48 für Sonstige. Die 38 Ausführungen über Sonstige sind Parabeln, ohne klare Bezüge auf das Verhältnis von Krankenschwestern und Patienten und Abstraktionen, von denen sich keine konkreten Relationen zur Beobachtung ableiten lassen, sie konnten deshalb in der vorliegenden Untersuchung nicht verwendet werden. Auch die Ausführungsdaten über Ärzte und Patienten wurden aus der Betrachtung herausgenommen, da der Zweck der vorliegenden Arbeit die Analyse der von Krankenschwestern durchzuführenden Beobachtung ist. Es wurden daher die 38 Ausführungsinhalte über Kranken-

schwester für die Untersuchung herangezogen. Sie wurden nach Gemeinsamkeiten oder Analogien in vier Kategorien unterteilt:

1. Realität der Beobachtungspraxis von Krankenschwester
2. Ausbildung und Einweisung,
3. Individualität,
4. Wesen der Beobachtung.

An dieser Stelle ist auch angemerkt, dass nicht alle Inhalte bewertbar waren, weil einige Darlegungen offenbar vor dem Hintergrund des damaligen Zeitgeistes und des gesellschaftlichen Status der Krankenschwester geschrieben wurden und aus heutiger Sicht schwer zu beurteilen sind.

### II. Ergebnis der Untersuchung

Warum bestand Nightingale auf die Notwendigkeit der Krankenbeobachtung, und worin sah sie deren Stellenwert? Welche Bedeutung hat in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit der Erfassung der Individualität des Patienten für die Arbeit von heutigen Krankenschwestern? Den Fragen wollen wir anhand der in den Tabellen 1 bis 4 zusammengefassten Stichworten nachgehen.

Die in Tabelle 1 zusammengefasste Realität der Beobachtungspraxis von Krankenschwestern bestand darin, dass die Veränderung des Zustandes der Patienten gar nicht gemerkt wurde. Mangel an Gewohnheit zu beobachten und die Nichtbereitschaft, jeder Zeit und sofort auf Veränderung aufmerksam zu werden, sowie Unfähigkeit, das Beobachtete dem Arzt genau zu berichten, führen dazu, dass Unfälle nicht vermieden werden können. Nightingale stellt die reale Lage der Krankenbeobachtung, dass nämlich die Krankenschwester kein Gesamtbild des Patienten kennen und die Hauptschwierigkeit des Patienten erfassen oder darüber berichten kann, und auch ihr die wichtigsten Ursachen und Faktoren unklar sind.

Tabelle 1 Realität der Beobachtungspraxis von Krankenschwestern

1. Die Krankenschwester „wird ohne die geringsten Bedenken mit dem Patienten sprechen, der zu ohnmächtig ist, als dass er sich noch bewegen könnte, wenn er denn nicht blaß ist, und wenn nicht – zum Glück für ihn – die Kehlkopfmuskeln betroffen sind und ihm die Stimme versagt.“
2. Die Krankenschwester, die nicht mit dem Ohr den Klang der Schelle ihres Patienten heraushören kann, wird sicher auch nicht dazu fähig sein, durch das Fühlen den jeweiligen Charakter seines Pulses zu unterscheiden.
3. Es gibt hartnäckige Angewohnheiten, sich bei allen Dingen mit Durchschnittswerten zufrieden zu geben.
4. Denkgewohnheiten, die das präzise Beurteilen verhindern, verursachen Missverständnisse.
5. Mangel an Gewohnheit zu beobachten.
6. Man ist nicht vorbereitet, jeder Zeit sofort aufmerksam zu werden.
7. Unfälle können nicht vermieden werden, weil das Beobachtete dem Arzt nicht genau berichtet wird.
8. Krankenschwester sind nicht in der Lage, genau zu berichten, worin das Problem besteht, weil das Gesamtbild des Patienten nicht erfasst ist.

Tabelle 2 Ausbildung und Einweisung

1. Was heißt beobachten?
2. Wie beobachtet man?
3. Welche Symptome zeigen Fortschritt und welche Rückschritt?
4. Was ist wichtig und was unwichtig?
5. Welche sind ein Beweis für Vernachlässigung?
6. Beibringen, dass es krankheitstypische Physiognomie gibt.
7. Kleine Dinge, die allen Krankheiten gemeinsam sind.
8. Eigenarten jedes einzelnen Patienten

In der Tabelle 2 sind acht wichtige Punkte für die Ausbildung und Einweisung aufgeführt. Die acht Punkte sind alle grundlegende Sachverhalte. Der Schwerpunkt hier liegt auf konkrete Vorgehens- und Durchführungsweise zu lehren. Es lässt sich vermuten, dass Nightingale anstrebte, auch das Erkennen von inneren Regungen des Patienten zum Ausbildungsinhalt von Krankenschwestern zu machen. Sie lehrte, dass das Gesamtbild von Patienten nicht erfasst werden kann, wenn die Ausbildung der Krankenschwester nicht nur das Wissen über die körperlichen, sondern auch über die psychischen Aspekte von Kranken vermittelt bedeutet? Das bedeutet aber auch, dass von einer Krankenschwester Menschlichkeit verlangt ist, einem

Patienten als achtenswertes Dasein zu begegnen. Es genügt also nicht, Theorien und Methoden zu erlernen. Denn dann wird nur auf die ideellen und funktionalen Dinge Wert gelegt, was dazu führt, dass das Gesamtbild des Patienten nicht erfasst werden kann. Die aufgeführten acht Punkte sind Fragen, die nicht am Schreibtisch gelernt werden können. Sie können nur im klinischen Alltag durch die Praxis erlernt werden. Sonst hat das keinen Sinn und auch keine Wirkung. Hier lehrt sie das Wesen der Krankenpflege als eine Einheit von Theorie und Praxis. Übrigens aus dem Sichtpunkt der Erziehung her gesehen ist es ablesbar, dass, bevor die Art und Weise der Beobachtung gelehrt wird, die Erziehung zum schwierigen Thema Leben überhaupt zum Bestandteil der Ausbildung gezählt werden soll.

Die in Tabelle 3 gezeigten Eigenarten sind in zwei Gruppen unterteilt: Die unterschiedlichen Situationen der Patienten und die Unterschiede der Krankenschwester. Die hier gezeigten vier Fälle der unterschiedlichen Situationen der Patienten zeigen, dass sie nicht gewünschten Aufdringlichkeiten, Vernachlässigungen, Schmerzen und Kräfteverschleiß ausgesetzt werden, weil ihre unterschiedlichen Lagen nicht richtig gesehen werden. Diese Beispiele zeigen, dass die unterschiedlichen Zustände der Patienten mit

Tabelle 3 Individualität

(Patienten aus Sicht der Krankenschwester)

1. Patienten, die nicht von anderen betreut werden möchten	1. Geschäftige Zuwendung aufdrängen
2. Patienten, die ständig Mitleid und Sorge von anderen wollen	2. Man lässt zu, dass der Patient sich vernachlässigt vorkommt.
3. Geschwächte Patienten	3. Sie geben eher den Gewohnheiten der Krankenschwester nach, obwohl sie bei ihnen sicher zu Schmerzen führen und sie den ganzen Tag über völlig niedergeworfen werden, als dass sie Einwände machen würde.
4. Patienten, die mit gedankenlosen Krankenschwestern zu tun bekommen	4. Auf die Frage „Kann ich irgendetwas für Sie tun?“ antwortet der höfliche Patient „Nein, Danke“ und der unhöfliche „Nein“

(Krankenschwester)

1. Gute Krankenschwester	1. Sie bringt dem Patienten gute Gewohnheiten bei, wie zum Beispiel, sich zu verschiedenen Zeiten zu waschen und anzuziehen, um seine Kräfte zu schonen.
2. Schlechte Krankenschwester	2. Ihr Erfolg besteht darin, dass der Patient ihre schlechten Gewohnheiten annimmt, ohne sich zu wehren.
3. Erfahrene Krankenschwester	3. Sie kann immer angeben, dass eine Person in der vorigen Nacht einSchlafmittel genommen hat, und zwar anhand der scheckigen Gesichtsfarbe, wenn die depressive Reaktion eingesetzt hat.
4. Unerfahrene Krankenschwester	4. Sie weist genau auf die gleiche Gesichtsfarbe als Beweis für Gesundheit hin.
5. Krankenschwester, die mehrere Krankensäle beaufsichtigt	5. Sie hat nicht nur all die kleinen Unterschiede in der Kost, die jeder Patient selbst auswählen darf, im Kopf, sondern weiß auch genau, was jeder Patient im Laufe jeden Tages zu sich genommen hat.
6. Krankenschwester, die für einen Patienten verantwortlich ist	6. Sie trägt Mahlzeiten des Patienten Tag für Tag beinahe unberührt weg, und nimmt es nie zur Kenntnis.

ihren jeweiligen eigenen Hintergründen nicht wahrgenommen werden. Das Problem besteht darin, dass die Krankenschwester nicht einmal merken, dass sie nicht in der Lage sind, die grundlegendsten Beobachtungen zu bewerkstelligen. Die Frage nach der Menschlichkeit der Krankenpfleger und ihrer menschlichen Beziehung zum Patienten stellt sich hier an dieser Stelle. Diese Frage tritt klar zu Tage, wenn man die oben aufgeführten Unterschiede der Krankenschwestern näher betrachtet. Die aufgeführten sechs unterschiedlichen Beispiele von Krankenschwestern und die jeweiligen Arbeitsweisen lassen vermuten, dass die Grundlage der guten Leistungen von guten bzw. erfahrenen Krankenschwestern darin besteht, dass das tagtägliche menschliche Verhältnis zwischen der Krankenschwester und dem Patienten reibungslos aufgebaut ist. Das heißt, Nightingale deutet hier auf die Notwendigkeit der Menschlichkeit der Krankenpfleger und des Training der praktischen Urteilskraft auf der Grundlage dieser Menschlichkeit hin.

In diesen zwölf Punkten sind Verantwortung des Berufs Krankenschwester und wohl auch ihre Philosophie, die in ihrer Lebensweise wurzelt, widergespiegelt. Die ersten zehn Punkte betreffen Fragen der Menschlichkeit und der menschlichen Eigenschaften, die die Berufung der Krankenschwester erfordert. Besonders der Satz „Das kostbare Leben wird in die Hand gelegt“ macht den Ernst der Berufung und ihre Schlüsselrolle beim Schutz des Lebens klar. Damit wird angedeutet, dass dieser Beruf nur mit entsprechender Entschlossenheit und Verantwortungsbewußtsein ausgeübt werden kann. Von den letzten zwei Punkten „Eine Krankenschwester muss eine religiöse und hingebungsvolle Frau sein“ und „Sie muss eine Frau mit Feingefühl und einem Gespür für das sein, was sich ziemt“ kann man lernen, wie man überhaupt als eine Frau

leben soll, bevor man Krankenschwester ist. Die für eine Lebensweise grundlegende Philosophie spiegelt sich auch in den Handlungen der Krankenpflege wider. Das Leben des Patienten wird daher von der geistigen Haltung der Krankenschwester beeinflusst. Nur eine Frau, die sich für ein Ziel widmen kann, kann sich auch vom Herzen für die Ermutigung und Gesundung von anderen einsetzen.

### III. Betrachtung

Was war die wahre Bedeutung der Krankenbeobachtung, die Nightingale von den Krankenschwestern gefordert hatte? Welchen Sinn wollte sie in dem Verhältnis zwischen der Krankenschwester und dem Patienten durch die Beobachtung finden, über die menschliche Beziehung hinaus? Wir möchten hier auf der Grundlage der Analyse das Wesen der Betrachtung näher beleuchten.

#### 1. Beobachtung beginnt zwar mit dem menschlichen Verhältnis zwischen dem Patienten und der Krankenschwester, erfordert aber Erziehung (Training).

Wenn Krankenschwestern weder Ausbildung noch Training erhalten haben, versteht sich von selbst, dass das Beobachten für sie gleich war wie das einfache Hinsehen. Vor dem Auftritt von Nightingale war die Krankenpflege kein attraktiver Beruf für Frauen, sondern lediglich körperliche Arbeit, von der auch keine hochgradige Begabung erwartet wurde. Auch die Ausbildung war nicht organisiert. Das notwendige Wissen musste im Krankenhaus während der Arbeit angeeignet werden. Von dieser Lage heraus stellte Nightingale fest, dass die genaue Beobachtung des Krankenverlaufs und die präzise Berichterstattung darüber durch die Krankenschwester hilfreich für Ärzte sind und Unfälle

Tabelle 4 Wesen der Beobachtung

1. Eine Krankenschwester muss eine vertrauenswürdige Person sein;
2. Sie darf keine Klatschbase sein;
3. Sie darf keine leere Schwätzerin sein;
4. Sie sollte niemals Fragen über ihren Kranken beantworten, lediglich denen es überlassen ,die ein Recht dazu haben;
5. Sie muss strengstens nüchtern und ehrenhaft sein;
6. Sie muss Achtung vor ihrer eigenen Berufung haben;
7. Gottes kostbares Geschenk des Lebens wird in ihre Hand gelegt;
8. Sie muss eine gute, genaue und schnelle Beobachterin sein;
9. Die Beobachtung ist dazu da, um Leben zu retten und Gesundheit und Wohlbefinden zu fördern;
10. Beobachten bedeutet auch heilen;
11. Eine Krankenschwester muss eine religiöse und hingebungsvolle Frau sein;
12. Sie muss eine Frau mit Feingefühl und einem Gespür für das haben, was sich ziemt.

verhindern (Schulze-Jaschok & Schweikardt, 2005). Nightingale betrachtete es als unerlässlich, dass die Krankenschwester Augen und Stimmen der Patienten werden; Für sie stellte die Beobachtung den Ausgangspunkt des pflegerischen Eingriffs, der für die Entwicklung des menschlichen Verhältnisses zwischen dem Patienten und der Krankenschwester notwendig ist (Nightingale, 1994). Daher bestand sie auf das Training der Beobachtung. Für Krankenschwester soll der Patient ein für die menschliche Weiterentwicklung unerlässliches Dasein haben, von allen in der Umgebung der befindlichen Menschen. Die von Herzen ausgesprochenen Worte der Krankenschwester der Ermutigung spiegelt auch im Verhalten des Patienten wider und beeinflusst das Vertrauensverhältnis. Das Verhalten ist dabei eine menschliche Eigenschaft, die man nicht mit der Hand fassen kann (Wiedenbach & Caroline, 1986), die aber bei dem Anderen das Bild der Persönlichkeit des sich Verhaltenden erzeugt. Das Verhalten der Krankenschwester nimmt also beim Patienten die entscheidende Stellung ein. Das Verhalten ist aber nicht konstant und daher auch änderbar. Hier bewirken die Fähigkeiten, Fertigkeiten und Mitgefühl der Krankenschwester jeweils das Entstehen eines positiven oder negativen Verhältnisses. Die Beobachtung bietet daher Anhaltspunkte des menschlichen Verhältnisses zwischen dem Patienten und der Krankenschwester. Alle Reaktionen und Handlungen des Patienten sollten als Widerspiegelung des eigenen inneren Zustandes der Krankenschwester angesehen werden: Sie stellen gute Chancen zur Verfügung, den eigenen Zustand zu erkennen.

Die Beobachtung erfordert nun Ausbildung (Training). Training bedeutet beizubringen, wie man den Patienten beim Leben unterstützt. Die Krankenpflege bedeutet den Patienten beim Leben zu unterstützen. (Nightingale, 1994) Nightingale besteht daher auf die Notwendigkeit der grundlegenden Ausbildung. Durch Ausbildung wird ausgereifte Persönlichkeit geformt und feinfühliges Verhaltensweise beim Umgang mit Patienten trainiert. Die Verhaltensweise der Krankenschwester steht mit dem Ausbildungsstand im Zusammenhang (Furlan et al., 2009).

In der Krankenpflegerausbildung ist es schwierig, ein gemeinsames Verständnis bei den Auszubildenden und Krankenschwester über die Fragen „Was ist Krankenpflege?“ und „Was ist zu lernen?“ zu erzielen (Allan & Smith, 2009). Es ist wichtig, sensibel darüber zu sein, das Ziel der Krankenpflege aus den Augen zu verlieren.

Ausgebildet (trainiert) zu werden bedeutet, dass sich die Krankenschwester die Fähigkeiten aneignet, nach eigenem Ermessen zu handeln und mit dem anderen Pflegepersonal das gemeinsame Verständnis zu teilen, um den Patienten zu stützen. Das bedeutet auch die Fertigkeiten der Lage des Patienten anzupassen und zu reorganisieren (Crocker & Timmons, 2009) und die Techniken selbst zu verändern. Letzten Endes besteht die Rolle der Krankenschwester darin, den Patienten so zu unterstützen, dass er seine Probleme erkennt, versteht und sich entschließen kann, die notwendige Hilfe zu verlangen (Peplau et al., 2005). Nightingale zeichnete damit das Berufsbild der Krankenpflege, nach dem nur die Handlungen, die über die Zärtlichkeit oder Freundlichkeit hinaus die Dinge treffsicher so zu erfassen, wie sie wahrhaft sind, die eine wirklich verantwortungsbewusste Krankenschwester ausmacht und ihre beste Lebensweise darstellt.

## **2. Eigenarten des Patienten zu beobachten führt zur Schärfung der Urteilskraft**

Urteilsvermögen rechtfertigt die Handlung der Krankenschwester, Es gibt jedoch zwei verschiedene Prozesse für die Entscheidung. Der eine ist die augenblickliche Entscheidung ohne größeres Nachdenken. Der zweite ist die Entscheidung, die nach Erwägung gemäß der Wertvorstellung, Wissen, Gefühl und der Situation getroffen wird (Wiedenbach & Caroline, 1986). Von dem klinisch tätigen Krankenschwester wird gefordert, sich ein angemessenes Urteilsvermögen anzueignen, damit unter Berücksichtigung der Gesamtlage und der Eigenart des Patienten durch Kraft des Wissens, der Verstandeskraft und Wertvorstellung die beste Entscheidung getroffen werden kann. Die Krankenschwester des 19. Jahrhunderts hatte aufgrund der damaligen Situation wahrscheinlich keine andere Möglichkeit des Lernens, als praktische Erfahrungen mit den erkrankten Patienten und ihren Zuständen zu sammeln. Nightingale hat daher durch Beispiel-Paare, die für die Beobachtung notwendige Urteilskraft beschrieben und zugleich gelehrt, etwas, was nicht stimmt, intuitiv zu spüren. Was das für Krankenschwester erforderliche klinische Urteilsvermögen des 21. Jahrhunderts betrifft, so legen die meisten Krankenschwester den Schwerpunkt der Beobachtung auf den körperlichen Zustand. Beim Berücksichtigen der psychischen Aspekte bestehen Schwierigkeiten (Miyoshi et al., 2003). Die Realität ist auch, dass die Patienten glauben, dass den Patienten-individuelle Krankenpflege nicht angeboten wird

(Wallace et al., 1999), oder dass sie über die Fertigkeiten der Krankenschwester unzufrieden sind (Wilson et al., 2006). Die Fertigkeiten und das Lernen auf der Grundlage der Kommunikation zwischen dem Patienten und der Krankenschwester sowie ein gründliches Programm für die Angebote an Patienten (Shin et al., 2009; Parry & Brown, 2009) gelten als notwendig für die klinische Beurteilung. Es kommt ferner vor, vor dem Prozess der Beurteilung ein befremdendes Gefühl, dass etwas nicht stimmt, aufkommt. Es wird auch berichtet, dass über Beurteilungszeitpunkte einschließlich der Fachtechnik (King & Clark, 2002), über Kommunikationsmethode (Ordahi et al., 2007), Timing der terminalen Pflege usw. (Dowding et al., 2009), durchaus intuitive Beobachtung angemessen sein können. Die intuitive Beobachtung nach Nightingale ist damit klar, für das notwendige Urteilsvermögen erwiesen. Die Persönlichkeit der Krankenschwester wird dadurch geschmiedet, indem sie sich in jeder Situation geduldig und konsequent mit der Pflege des Kranken auseinandersetzt. Diese innere Regung der Krankenschwester hat zum Ziel, das Leben zu erhalten, eine unerläßliche Eigenschaft der Krankenpflege, die der individuellen Eigenart jedes einzelnen Patienten gerecht wird. Erforderlich sind das Wissen und die Fertigkeiten der Krankenschwester, um genau beurteilen zu können, was zum Schutz des Patienten wichtig ist (Larsson et al., 1998). Aus der Sicht von Nightingale, dass die allgemeinste Methode (Sookoo et al., 2007) dazu die Beobachtung ist, ist erwiesen.

### **3. Das Wesen der Beobachtung besteht darin, die Frage nach Leben und Tod des Patienten zum Inhalt der eigenen Aufgabe zu machen.**

In den zwölf Punkten, die als Wesen der Beobachtung aufgeführt sind, spiegeln die beruflichen Verantwortungen der Krankenschwester und auch die im Leben wurzelnde Philosophie. Die grundlegenden Verantwortungsbereiche des Berufs werden ebenso deutlich gezeigt wie auch solche Details wie die Frage, wie man als eine Frau leben soll.

Nightingale erwähnt extra, dass eine Krankenschwester keine Klatschbase sein darf oder irgendwelche Geschichten erfinden soll, was vermuten lässt, dass es solche Krankenschwester wirklich gab und sie auf Patienten in krimineller Weise negativ ausgewirkt hatten. Das Dasein von Krankenpflegern, die nicht genau beobachten können oder dem Arzt klar berichten können, ist für den Patienten hindernd und schädlich. Das

stimmt mit einer anderen Aussage überein, wonach „die Krankenschwestern Patienten brauchen, aber die Patienten Krankenschwestern nicht unbedingt“ (Wiedenbach & Caroline, 1986). Warum hat sie so detailliert die Sichtpunkte der Beobachtung und die Praxis der Krankenschwester bis auf ihre menschlichen Eigenschaften hin beschrieben? Weil sie vermutlich genau wusste, dass die Anwesenheit einer gut beobachtenden Krankenschwester die Gefahren Leben und Tod des Patienten erkennen kann. Wenn ein Patient Hilfe benötigt und die Krankenschwester als Helfer in Aktion tritt, entsteht bei diesem Prozess normalerweise ein Fluss von Wozu, Wie und Wo. In dem Wozu sind das Ziel und die Philosophie beinhaltet. In der Frage, was der Krankenschwester durch ihre praktische Tätigkeit bezweckt, werden die Glaubensbekenntnisse und Wertvorstellung, die den Handlungen jeder einzelnen Krankenschwester zugrunde liegen, widerspiegelt. Das verschafft den Handlungen der Krankenschwester eine Systematik, die den Unterschied zwischen einer zufälligen wohl gesonnenen Tätigkeit und der Dienstleistung eines Fachberufs ausmacht (Wiedenbach, et al. 2005). Das deckt sich auch mit der Aussage: „Wenn es euch nicht gelingt, die Beobachtung zur Gewohnheit zu machen, solltet ihr es lieber aufgeben, eine Krankenschwester zu sein, denn ihr seid nicht dazu berufen, wie freundlich und besorgt ihr auch sein mögt.“ Die Krankenpflege wird als ein spezieller Beruf deutlich beschrieben, der hohe Verantwortung aufbürdet und ein über Leben und Tod entscheidendes Urteilsvermögen und Sachverstand abverlangt. Für den sterbenden Patienten werden Ziele gezeigt: 1) körperliche Schmerzen nach Möglichkeit zu lindern, 2) Einsamkeit und Furcht vor dem Tod zu verringern, 3) zu ermöglichen, an dem Ort und in der Art und Weise zu sterben, wie der Patient es wünscht, 4) Pflege und Umwelt zu realisieren, die für die Familienangehörige keine Reue verursachen, 5) Gelegenheit zu schaffen, sich von der Familie zu verabschieden. (Hirayama, 2002) Wenn man ihre Handlungen des Sterbebegleitens vergleicht mit den genannten Punkten, so lässt sich vermuten, dass sie sich darum bemüht hat, den Patienten nicht allein zu lassen, damit Einsamkeit oder auch Furcht vor dem Tod gelindert werden. Sie sorgt sich in Stellvertretung der Familienangehörigen darum, dass Patienten einen friedlichen Tod sterben, für das Leben danken können (Lee et al., 2009) und ihr Tod nicht umsonst wurde. Würde des Lebens zu

bewahren, bedeutet das eigene Leben nach Maßgabe der eigenen Berufung und des Zielbewusstseins und in Bekenntnis zu den eigenen Idealen wert- und sinnvoll einzusetzen und zu verausgaben (Ikeda, 1982). Für Krankenpfleger, in deren Hand das Leben und Tod des Patienten gelegt wird, ist es wichtig, die Sichtweise zu entwickeln, dass das Leben und der Tod nicht etwas Gegensätzliches sind, sondern der Tod für das Leben unerlässlich ist. Allem Leben kommt unweigerlich der Tod. Aber niemand weiß, wann, wo und wie man dem Tod begegnen wird. Deshalb ist es eine wichtige Frage und auch Aufgabe, das eigene Leben bis zum Ende höchst wertvoll zu gestalten. Auch in diesem Sinn beinhaltet die Verantwortung der Krankenschwester, auch die Frage, wie man als Mensch und als eine Frau sinnvoll sein Leben gestaltet. Nightingale, die das 19. Jahrhundert zum „Jahrhundert der Frauen“ erklärt hatte, wollte auch aktive Teilnahme der Frauen am gesellschaftlichen Geschehen. Sie wünschte, dass die Frauen das Glück ergreifen und die eigene Berufung finden und erfüllen. Auf diesem Standpunkt kann eine Krankenschwester, der das Leben anvertraut wird, noch mehr als andere Frauen gereifter sein und glücklicher sein, um die Aufgabe zu erfüllen. Das ist der tiefere Sinn der Frage, die Nightingale durch das Kapitel „Kranke beobachten“ auch an uns heutige Menschen aufwirft.

## Schlusswort

Abschließend möchte ich mich von Herzen bei Herrn Prof. Dr. J. F. Erckenbrecht und Herrn Dr. N. Friedrich für die Gelegenheit der Forschung und für die Anleitung sowie bei Herrn Tetsuya Suganuma für die freundliche Übernahme der Übersetzungsarbeit trotz des vollen Terminkalenders bedanken.

### Literaturverzeichnis

- Allan HT, Smith PA: How student nurses' supernumerary status affects the way they think about nursing. *Nursing Times* 43: 10-13, 2009
- Crocker C, Timmons S: The role of technology in critical care nursing. *J Advanced Nursing* 65: 52-61, 2009
- Dowding D, Spilsbury K et al: The decision making of heart failure specialist nurses in clinical practice. *J Clinical Nursing* 18: 1313-1324, 2009
- Furlan JC, Craven BC, et al: Attitudes towards the older patients with spinal cord injury among registered nurses: a cross-sectional observational study. *Individual Nurse* 47: 674-680, 2009
- Hirayama M: Sei to Shi no kangoron. Medical Friend Co. 113-115, 2002 [in Japanese]
- Ikeda D: Ikeda Daisaku Shugyokushu, Nishiki shobo, Tokyo, 319-321, 1982 [in Japanese]
- Ikeda D: Watashiwa kagayaku watashirashiku. Joshibu shirakaba group and Fujinbu shirakabakai, Kibo no shirakaba. Daisanbunmeisha, Tokyo, 114-117, 2006 [in Japanese]
- King L, Clark JM: Intuition and the development of expertise in surgical ward and intensive care nurses. *J Advanced Nursing*, 37: 322-329, 2002
- Larsson G, Widmark Peterson V, et al: Cancer patient and staff ratings of the importance of caring behaviors and their relation to patient anxiety and depression. *J Advanced Nursing* 27: 855-864, 1998
- Lee CP, Yang WL, et al: The role and mission of nurses in hospice care. *J Nursing* 56: 29-34, 2009
- Miyoshi S, Otsu H, et al: Research Concerning Clinical Judgement Ability Required of Nurses: The Reality of Decision Making Process in Position Change Enforcement. *J Hiroshima Prefectural College Sciences Humanity Science* 3: 27-35, 2003
- Nightingale F: Nightingale Chosakushu Vol.1, Yumasu M. Gendaisha, Tokyo, 3-34, 1994 [in Japanese]
- Ordahi LF, Padilha MI, et al: Communication between nursing staff and clients unable to communicate verbally. *Revistalatio-Americana Enfermagem* 15: 965-972, 2007
- ParryRH, BrownK: Teaching and learning communication skills in physiotherapy: what is done and how should it be done? *Physiotherapy* 95: 294-301, 2009
- Peplau EH, Tomey AM, Alligood MR: In Kangorironka to sono gyoseki (Nursing Theorists and Their Work). Trans. Takasaki K, Igakushoin, Tokyo 383-395, 2005 [in Japanese]
- Sakurai M, Funashima N, et al: Individualized Nursing Care: A Qualitative Study on Nursing Practice. *Japan Academic Society Nursing Education* 17: 36-49, 2008 [in Japanese]
- Shin H, Kim BJ, et al: Use of physical assessment skills and education needs of advanced practice nurses and nurse specialists. *J Korean Academy Nursing* 39: 709-719, 2009
- Schulze-Jaschok S, Schweikardt C: Florence Nightingale, Bemerkungen zur Krankenpflege, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main 160-187, 2005
- Sookoo S, Reed V et al: Cognitive-attitudinal aspects of key-worker's talk about their patients in forensic psychiatric institutions. *International J Psychiatric Nursing Reseach* 12: 1446-1458, 2007
- Trabelbee J: Interpersonal Aspects of Nursing (2nd ed.) Trans. Hasegawa H, Fujieda T. Igakushoin, Tokyo. 141, 1981 [in Japanese]
- Wallace T, Robertson E, et al: Perception of care and services by the clients and families: a personal experience. *J Advanced Nursing* 29: 1144-1153, 1999.
- Wilson PM, Kendall S, et al: Nurses' responses to expert patients: the rhetoric and reality of self-management in long-term conditions: a grounded theory study. *International J Nursing Study* 43: 803-18, 2006
- Wiedenbach E, Caroline EF: Communication: Key to Effective Nursing, Trans. Ikeda A, Nihon Kango Kyokai Shuppankai, Tokyo 83-112, 1986 [in Japanese]
- Wiedenbach E, Tomey AM, Alligood MR: In Kangorironka to sono gyoseki (Nursing Theorists and Their Work). Trans. Ikeda A, Igakushoin, Tokyo, 91-105, 2005 [in Japanese]