

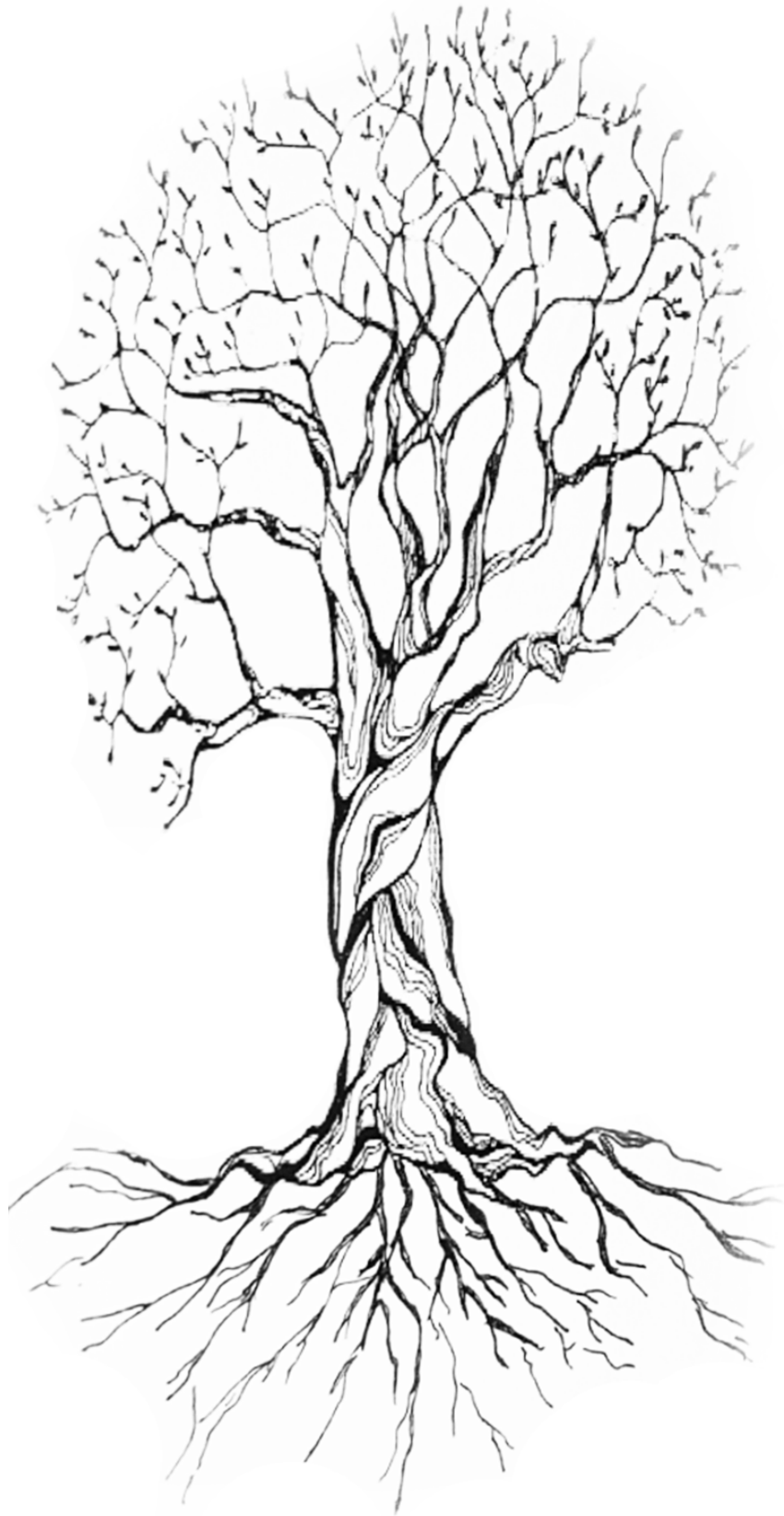
Michaela Hans

# Hoffnung vermitteln im Pflegeprozess

## Downloadmaterial

- Der Hoffungsbaum
- Die Gesprächsleitschemen HOPE und GRACT mit möglichen Fragen
- Die Gesundheitsdiagnose »Hoffnung haben« – ein Vorschlag mit Definition, Pflegezielen, Evaluationskriterien, Maßnahmen und Interventionen

## Der Hoffnungsbaum einer Patientin



## Akronyme mit Fragen

**HOPE** ist das Leitschema für die Abklärung des aktuellen Zustands. Die einzelnen Komponenten sind:

**H**(ealth) – Gesundheit,

**O**(ther) – andere, relationaler Prozess,

**P**(urpose) – Sinn,

**E**(ngaging process) – rationaler Prozess.

Möglichen Fragen für ein Interview zur Einschätzung der Hoffnungslosigkeit sind:

- Wie erleben Sie die Hoffnungslosigkeit gerade?
- Was lässt Sie gerade so hoffnungslos sein?
- Wann ist es besser, wann ist es schlechter?
- Haben Sie eine Idee, warum die Hoffnungslosigkeit auftritt?
- Welche Gefühle dazu können Sie identifizieren?
- Wie zeigt sich die Hoffnungslosigkeit speziell in Alltagssituationen?
- Welchen Sinn würden Sie persönlich der Hoffnungslosigkeit zuschreiben?
- Wie reagiert Ihr Umfeld auf Ihre Hoffnungslosigkeit?

Mögliche Fragen zur Einschätzung der Hoffnung sind:

- Können Sie Hoffnung empfinden?
- Was ist für Sie Hoffnung?
- Wann haben Sie Hoffnung?
- Welche Gefühle lösen bei Ihnen Hoffnung aus?
- Wie ist Ihre Beziehung zu Ihren Angehörigen, Freunden?
- Welche Hilfe erwarten Sie von mir, den Angehörigen, den Freunden?
- Aus welcher Quelle schöpfen Sie Hoffnung?
- Welche Rolle spielt bei Ihnen Spiritualität, der Glaube an etwas Höheres?
- Welchen Sinn hat Ihr Leben?

**GRACT** ist das Leitschema zur Abklärung individueller Hoffnungsstrategien:

**G**(oals) – Ziele,

**R**(essourcen) – Fähigkeiten,

**A**(ctive process) – aktiver Prozess,

**C**(ontrol) – Kontrolle,

**T**(ime) – Zeit.

Mögliche Fragen zur Erkundung von Hoffnungsstrategien sind:

- Welche Ideen oder Ziele hätten Sie, wenn die Hoffnungslosigkeit nicht bestehen würde?
- Sind Ihre ausgesprochenen Ziele im Alltag ersichtlich? Leben Sie diese?
- Was sind Ihre persönlichen Stärken in Bezug auf die Bewältigung eines Problems?
- Was soll zukünftig versucht werden, um die Hoffnungslosigkeit zu bearbeiten?
- Was wurde in der Vergangenheit versucht, um die Hoffnungslosigkeit zu bearbeiten?
- Können Sie das Problem lösen? Welchen Plan dazu haben Sie?
- Wie haben Sie frühere schwierige Situationen gemeistert?
- Wo sind Ihre Hoffnungswurzeln? In der Vergangenheit, in der Gegenwart oder in der Zukunft? (Hier kann man das Arbeitsblatt »Hoffungsbaum« nutzen.)

# Die Gesundheitsdiagnose »Hoffnung haben«

## Definition

Hoffnung ist eine innere Kraft, die einen dynamischen psychologischen Prozess ermöglicht, um sich den gegebenen Lebensumständen zu stellen und diese zu verbessern. Hoffen zu können ist eine Fähigkeit, diese vertraut auf eine gute transzendente Macht. Die Anwesenheit von Hoffnung ist ein Synonym für eine persönliche Zukunft.

Mögliche für Hoffnung ursächliche oder sie beeinflussende Faktoren:

- Hoffnung ist der Ausdruck des Vertrauens ins Leben.
- Die Quelle aller menschlichen Hoffnung bildet die Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft.
- Durch eine aktive Haltung wird das Gefühl der Selbstwirksamkeit gestärkt.
- Hoffnung als zukunftsgerichtete Emotion hat damit zu tun, dass wir immer weiter noch Werdende sind.
- In der Anstrengung zur Genesung kann Hoffnung als persönliches Selbstkonzept Ich-Stärke erzeugen.
- Hoffen findet auf einer geistigen Ebene statt. Man kann diesen geistigen Ort als ein Gefäß bezeichnen, das es zu entdecken, aufzufüllen und zu pflegen gilt.
- Hoffen in widrigen Lebensumständen benötigt die Bereitschaft, an der eigenen Resilienz zu arbeiten.

Besondere Merkmale oder Kennzeichen:

Hoffnung ist kein linearer Prozess, sondern es geht dauernd vor und zurück. Auf die Prozesshaftigkeit weist jeweils ein Wendepunkt hin, den es wahrzunehmen gilt.

Hoffnung stellt sich ein, wenn

- sich ein Gefühl der Zugehörigkeit durch Herstellen oder Wiederherstellen von Beziehungen einstellt;
- Wahlfreiheit besteht;
- man sich nicht als Patient, sondern als Mensch fühlt;
- man sich nützlich fühlt;
- man kleine Ziele erreicht und dies wahrgenommen wird;
- Vorfreude bewusst erlebt wird;
- Interesse für geistige Aktivität besteht;
- Selbstwirksamkeit erkannt wird.

## Pflegeziele und Evaluationskriterien

- Der Klient ist in der Lage, Hilfe anzunehmen, davon zu profitieren und Vertrauen in die Therapie zu fassen.
- Der Klient kann negative Gedanken korrigieren.
- Der Klient ist überzeugt, dass sein Zustand sich bessern wird.
- Der Klient kann generelle und spezifische Verhaltensweisen den Veränderungen im Leben anpassen und so positive Erfahrungen machen.
- Der Klient ist überzeugt, selbst auf das Erreichen von eigenen Lebenszielen und Aktivitäten Einfluss nehmen zu können.
- Der Klient erlebt eine Erleichterung der Situation.
- Der Klient fühlt, dass das Leben einen Sinn macht und dass er an der Krise gewachsen ist.
- Der Klient lernt neue Einstellungen und Übungen kennen, die den Umgang mit seinem Leiden erleichtern.
- Der Klient erkennt, dass Trauer zum Leben gehört und dass er gesund trauern kann.
- Der Klient hat gelernt, Wiederholungen der bisherigen maladaptiven Verhaltensweisen bei Trauer zu vermeiden.
- Der Klient fühlt sich einer Gemeinschaft zugehörig.
- Der Klient kann seine persönliche spirituelle Seite erkennen, leben und daraus Zuversicht, Kraft und Vertrauen schöpfen.

# Maßnahmen und Interventionen

## Pflegepriorität: Einschätzen des Hoffnungsgrads und der Ursachen

- Herausfinden, welche Art von Erfahrungen (positive, negative, keine) die Patientin mit Hoffnung gemacht hat.
- Die Überzeugungen der Patientin in Bezug auf Hoffnung erkunden und nach Trägern von Hoffnung suchen.
- Die aktuell genutzten Ressourcen identifizieren, um festzustellen, was sich verändern lässt.
- Die Patientin einladen, über Hoffnung oder Erlebnisse, die Hoffnung widerspiegeln, zu sprechen.
- Herausfinden, erkennen und verstehen, was Hoffnung für die Patientin bedeutet.
- Behandlungserwartungen klären, um Veränderungen zu antizipieren und Hoffnung zu verstärken.
- Fokussieren auf generalisierte Hoffnung, wenn spezifische Hoffnung im Moment nicht möglich ist.
- Aufzeigen, dass man Hoffnung verlieren, aber auch wiedergewinnen kann.
- Sichern von wiederentdecktem Vertrauen.
- Hartnäckigkeit und Entschlossenheit als positive Persönlichkeitsmerkmale fördern.

## Pflegepriorität: Hoffnung fördern

### Allgemeine Interventionen im Stationsalltag

- Die Pflegefachperson signalisiert Hoffnung durch ihre Haltung in Wort und Tat, durch eine inspirierende Ausstrahlung von Zuversicht und Positivität.
- Wahrnehmen der Patientin oder des Patienten als Person, spezifisch darauf eingehen, Realisieren von Gemeinsamkeiten.
- Nonverbale Kommunikation im Alltag: die Patientin, den Patienten im Raum wahrnehmen durch wache Präsenz; beachten, was man spürt und fühlt, und dies zeigen durch ermutigendes Zunicken, freundliches, wohlwollendes, bestätigendes, aufmunterndes Lächeln.
- Schmieden einer Verbindung und einer fürsorglichen Beziehung.
- Versorgung mit aktuellen Informationen und Sichern zeitnaher Behandlungstermine, damit die Bedürfnisse des Patienten nach Möglichkeit rasch erfüllt werden.
- Demonstration einer bedingungslosen Akzeptanz und Toleranz.
- Schaffung eines physischen Milieus, in der Begegnung mit Gleichgesinnten stattfinden kann.

### Spezielle Interventionen in der Bezugspersonenarbeit

- Subtiles Einträufeln von Hoffnung während der Arbeit durch Einbringen der eigenen Person.
- Ruhe ausstrahlen, warmherzig sein, Freundlichkeit und Mitgefühl für die Bemühungen des Patienten zeigen, dem Leben zu begegnen.
- Vertrauen und unerschütterliches Engagement, auch in schwierigen Situationen.
- Sicherstellen, dass der Betroffene den Prozess steuert.
- Auf die Ressourcen des Patienten schauen und ihn an diese erinnern.
- Positives Feedback geben, insbesondere wenn persönliche Fähigkeiten als negativ wahrgenommen werden.
- Schaffung einer Partnerschaft: Entscheidungsfindung ist ein demokratischer Prozess.
- Gelegenheiten bieten, Ärger und Wut auszudrücken.
- Begründete Sorgen dem Betroffenen gegenüber offen zeigen.
- Unsicherheit, Angst- und Stressquellen identifizieren und für eine effektive Problemlösung sorgen.
- Herausfinden und Heranziehen von Gemeinschaftsressourcen; Gespräche oder Chats mit anderen unterstützen, um den Kontakt mit Angehörigen und Freunden zu halten.
- Identifizieren und Fördern von Zielen, die dem Patienten und nicht anderen dienen.
- Offenlegung von Schmerz; darauf achten, dass dieser nicht zerstörend wirkt, sondern dass durch die Offenlegung eine Erleichterung stattfinden kann, nicht Hoffnungslosigkeit eintritt.
- Stille als verbindendes und heilendes Element erzeugen und einsetzen. Dabei konzentrierte Aufmerksamkeit halten und die Möglichkeit zum Nachdenken geben, auch Weinen zulassen.
- Trost spenden durch Berührung; Freude zum Ausdruck bringen durch Berührung; einen Sieg feiern durch eine gemeinsame Geste, aber nur wenn es für beide Seiten absolut stimmig ist.
- Unterstützung des Betroffenen bei der Wahrnehmung seiner Gefühle und dem Suchen nach eigenen Hoffnungsquellen.

## Pflegepriorität: gezieltes Einsetzen persönlicher Hoffnungsträger

- »Hope Kits« entwickeln: Gehen Sie gemeinsam mit dem Patienten auf eine kreative Suche nach persönlichen Gegenständen oder Sprüchen, die als Hoffnungsträger fungieren können.
- Die Führung eines »hope memory book« oder »hope journal«, einer »list of hope bringers« oder das Tragen eines »hope saver basket« unterstützen.
- Die Verwendung dieser Kits als bewusste Strategie im Alltag einsetzen und auf die Wirkung achten.
- Durch Bilder (persönliche Bilder oder Bilder aus der ZRM®-Bildkartei) Hoffnungsparameter bewusst machen. Darüber zu reden legt Zukunftsszenarien und Sehnsüchte frei. Diese auszusprechen kann helfen, zu erkennen, dass man jetzt mit der Gestaltung der Zukunft beginnen kann.
- Das Erinnern an hoffnungsvolle Momente und Geschichten aus der Vergangenheit fördern, darüber sprechen, eigene Beispiele bringen – sie helfen dem Patienten zu erkennen, dass Hoffnung universell ist und Zyklen unterliegt.
- Ermutigen, über Sinnfragen zu reflektieren.
- Durch Gruppendiskussionen die Strategie des Umdeutens von Themen fördern.
- Anderen Hoffnung leihen, z. B. sagen: »Ich bin hoffnungsvoller als Sie, weil ...«, »Ich persönlich glaube fest daran, dass Sie einen Weg finden werden ...«, »Durch Ihre Depression können Sie selbst gerade nicht positiv denken. Erlauben Sie mir, dass ich das für Sie übernehme, bis Sie es wieder selbst können? Darf ich Ihnen dazu ein paar Vorschläge machen?«
- In die Schuhe des Betroffenen steigen und die Situation widerspiegeln, wie Sie sie sehen: »Ich bin weniger zuversichtlich als Sie, weil ...« Das gibt dem Betroffenen die Möglichkeit, zu entscheiden. »Ich sehe, Sie haben mehr Hoffnung als ich. Ich bin gerade pessimistisch, was die Situation betrifft, aber ich will mit Ihnen fest daran glauben, dass es gelingt.« Oder Sie entscheiden sich, es nicht auszusprechen. Dann geben Sie bewusst dem Patienten den Freiraum, den er braucht, um auf seine Weise zu denken und zu handeln.
- Bedenken Sie: Sie müssen die Person nicht verändern. Ziehen Sie sich auf keinen Fall zurück, wenn Sie etwas nicht verstehen – halten Sie weiterhin respektvoll zu Ihrem Patienten und bleiben Sie bewusst wohlwollender Zeuge seines Tuns und Lassens.
- »Hope-focused question«: »Wer hat Ihnen Hoffen beigebracht?« »Was kommt Ihnen in den Sinn, wenn Sie an Hoffnung denken?« »Welches Bild fällt Ihnen ein, wenn Sie am Morgen erwachen?« »Wie wollen Sie Ihre Zukunft gestalten?« Das Wort Hoffnung kann beliebig durch andere Wörter wie Liebe, Glaube, Freude, Kraft usw. ersetzt werden.
- Sorgfältiger Einsatz von drei Hoffnungsvermittlern in der Sprache: »Wenn ..., dann ...« suggeriert eine Veränderungsmöglichkeit. »Noch nicht, aber ...« zeigt die Möglichkeit einer Verschiebung auf. »Ich glaube, dass ...« schafft einen hoffnungsvollen Moment.
- Reflexion ermöglichen: hinterfragen, ob negative Konstrukte, Annahmen oder Erlebnisse der Wahrheit entsprechen bzw. auch anders gesehen werden können. Verbesserung von Bewältigungsstrategien durch Durcharbeiten von Enttäuschungen, um sich an gegebene Einschränkungen anzupassen und falsche Hoffnungen zu vermeiden.
- Führen durch den Prozess eines gesunden Trauerns.
- Organisieren und Planen eines gewinnbringenden Einsatzes aller gefundenen individuellen Hoffnungsträger im individuellen Behandlungsplan.
- Aufgaben für den Alltag gemeinsam formulieren, durchführen, reflektieren und neue Aufgaben auf Basis der Errungenschaften stellen.
- So auf ein Ende in der Therapie hinarbeiten, dass der Betroffene es selbst bestimmen kann.

## Pflegepriorität: Förderung des Wohlbefindens und der Resilienz

- Für physischen und emotionalen Komfort sorgen, damit Energie frei wird für hoffnungsvolle Prozesse.
- Fördern des Gleichgewichts von Aktivität und Ruhe.
- Die Äußerung von Bedürfnissen fördern und ihre Befriedigung wo immer möglich unterstützen.
- Für Abwechslung sorgen. Bei Schwierigkeiten im Umgang mit Leerzeiten Unterstützung geben beim Finden einer individuellen Freizeitstruktur.
- Anwesenheit, Aufmerksamkeit und Unterstützung bieten. Einfache Alltagsgespräche führen, einfache Alltagsaktivitäten gemeinsam verrichten. Zwischendurch die Rolle als Pflegefachperson ablegen und Mensch sein.
- Signalisieren von Verbundenheit, Sicherheit, Trost.
- Vorleben von Achtsamkeit. Anleiten, wie diese im persönlichen Alltag gelebt werden kann.
- Demonstrieren und Anleiten von Meditationstechniken, Atemtechniken, Muskelentspannungstechniken, Autogenem Training. Dabei helfen, die Techniken in den persönlichen Alltag nachhaltig zu integrieren.
- Herausfinden des persönlichen spirituellen Ausdrucks, unabhängig von der Religion. Vermeiden Sie nur von einer Religion genutzte Begriffe und passen Sie sich dem Wortschatz des Patienten an. Suchen Sie nach Gemeinsamkeiten in den verschiedenen Begrifflichkeiten.
- Ermöglichen einer spirituellen Praxis: gemeinsames Beten, Schreiben eines eigenen Textes in Form eines Wunsches, einer Bitte oder eines Gebets, Lesen von spirituellen Texten, schönen Gedichten, Kurzgeschichten, Weisheitssprüchen, darüber sprechen und in den persönlichen Alltag des Patienten einfließen lassen.
- Förderung von Unbeschwertheit, Fröhlichkeit und Humor.
- Kleine Freuden würdig feiern.
- Patientinnen und Patienten ermutigen, ihre Erfahrungen anderen Betroffenen weiterzugeben.
- Psychoedukation individuell und in der Gruppe zum Thema Resilienz.
- Herausarbeiten der Persönlichkeitsmerkmale des Patienten, Stärken durch Anleitung von Übungen fördern.

### **Pflegedokumentation und Pflegerapport**

- Konsequente Nutzung des Dokumentationssystems der Pflege, Maßnahmen konkret beschreiben, auf Hoffnung vermittelnde Interventionen verweisen, die angewendet wurden.
- Einbringen von Hoffnungsträgern in die tägliche Arbeit: Was sollte angewendet werden, von wem, wie genau?
- Ressourcenorientierte Wiedergabe von Beobachtungen und Gesprächen, ohne den Lebensentwurf des Patienten zu bewerten.
- Jeweils den neuesten Stand der mithilfe diverser Erfassungsinstrumente und Gespräche zusammengetragenen Informationen zum Thema Hoffnung und Hoffnungslosigkeit in Teambesprechungen einfließen lassen.
- Kollegiale Beratung und Fallsupervisionen nutzen, um andere Hypothesen zu bilden.

### **Assessment und kontinuierliche Neueinschätzung**

- Verwendung von Schemen, PRISM, Skalen oder freien Interviews.
- Sammeln von Beobachtungen, Austausch bei Pflegerapporten, pflegerische Fallbesprechungen.
- Einbringen des Hoffnungsstands bei sämtlichen Gesprächen wie Visiten, Fallbesprechungen und Angehörigengesprächen.

## Maßnahmenplanung

- Einbezug des Betroffenen, der Angehörigen, Freunde und Bezugspersonen von Beginn an.
- Darauf achten, dass Maßnahmen nicht nur in der Klinik greifen, sondern auch auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten zu Hause abgestimmt sind.
- Patientenedukation individuell auf die Sprache, Eigenheiten und Bedürfnisse des Patienten abstimmen.
- Ergänzend Edukation in Gruppen, Schulung und Beratung zu Hoffnung und anderen Themen, die in Zusammenhang mit Hoffnung auftreten, z. B. Resilienz.
- Konsequente individuell-ressourcenorientierte Haltung auch und erst recht in schwierigen Situationen; Ressourcen individuell und gezielt mit dem Patienten allein oder in der Gruppe mithilfe von ZRM® erarbeiten.
- Konsequente Resilienzarbeit von Beginn an bis zum Schluss der Behandlung, auch in der Gruppe zur Stärkung der Mitglieder und Förderung des Zusammenhalts.

## Durchführung und Evaluation

- Reaktionen auf Interventionen, Bezugspersonengespräche, Gespräche mit Angehörigen, Alltagsgespräche, Patientenedukation und Gruppenveranstaltungen mit den bekannten Instrumenten erfassen.
- Neben realistischer Problemdarstellung sollte der Hauptfokus auf der Stärkung der Ressourcen liegen, dem Feedback positiver Beobachtungen.
- Auch kleine Fortschritte in Richtung Behandlungsziel dem Patienten zurückspiegeln.
- Anpassung des Pflegeplans, wenn die Situation sich ändert.
- Die Entlassungs- oder Austrittsplanung sollte schon von Anfang an mitgedacht werden in dem Sinn, dass vor allem Interventionen eingesetzt werden, von denen der Patient nachhaltig, d. h. auch in seinem persönlichen Umfeld, profitiert.
- Durch Belastungserprobungen zu Hause, Erarbeiten und Nacharbeiten von praktischen Aufgaben im eigenen Umfeld Sorge tragen, dass die Interventionen tatsächlich nachhaltig sind.

## Pflegepriorität: als Team und als Bezugsperson hoffnungsvoll bleiben

- Seinen eigenen Hoffnungsstand und den des Teams in Bezug auf den Patienten realisieren.
- Selbstbewusstsein und Selbstreflexion im Team pflegen. Ein Team zeigt wahre Professionalität, wenn offen über die Haltung dem Patienten gegenüber gesprochen wird.
- Von positiven Erfahrungen mit den Patienten im Team zu erzählen bewirkt eine innere Unbefangenheit und eine Stärkung der Hoffnung für den Behandlungsverlauf.
- Üben, zwischen der eigenen Hoffnung und der des Betroffenen zu unterscheiden, da Hoffnung einer periodischen Bewegung zwischen Profi und Betroffenem unterworfen ist.
- Eigene Gefühle wahrnehmen, sie geben oft Aufschluss über die Gefühle des Betroffenen. Damit kann der Betroffene abgeholt werden.
- Die eigene Hoffnungslosigkeit wird dem Betroffenen nicht kommuniziert, sondern sollte Hinweis sein, aufgeworfenen Fragen auf den Grund zu gehen.
- Wenn ein Problem nicht sofort gelöst werden kann, Hilfe von Kollegen oder mehr Wissen einholen.
- Seine eigenen Hoffnungsbilder suchen und daran festhalten.
- Herstellen eines beidseitigen Hoffnungstransfers: Auch der Patient kann Hoffnung vermitteln.
- Bedenken, dass man nicht allein für das Gelingen des Prozesses verantwortlich ist.
- Nicht vergessen, dass ein Problem oft zu einem anderen Zeitpunkt oder von anderen Personen gelöst werden kann.
- Unterstützung im interdisziplinären Team suchen und gemeinsam nach Strategien und Interventionen für die Herbeiführung des Wendepunktes suchen.
- Sicherheit erlangen durch Lesen von Fachliteratur und Literatur zu den Themen, die mit Hoffnung in Verbindung gebracht werden (Religion, Philosophie usw.).
- Beobachten und prüfen der gewonnenen Erkenntnisse und mit der eigenen Pflegeerfahrung vergleichen.
- Erwerben ethischer Kenntnisse, um Kriterien für Entscheidungen zu finden.
- Intuitives Wissen nutzen, sich selbst vertrauen, denn:
- Hoffnung vermitteln hat mehr mit dem zu tun, wie man ist, als mit dem, was man tut.