

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	1
1.1 Problembeschreibung	2
2 Kultur im Kontext transkultureller Pflege.....	4
Verständnis des Kulturbegriffs in der Soziologie	4
2.1 Stereotypen.....	5
2.2 Von der Interkulturalität zur Transkulturalität in der Pflege	6
3 Arabischer Kulturraum	11
3.1 Gesundheitsversorgung	12
3.2 Der Islam	15
3.3 Verständnis von Gesundheit und Krankheit arabischer Muslime.....	17
4 Transkulturelle Pflege	19
4.1 Infektiöse Darmerkrankungen bei muslimisch- arabischen Migranten	19
4.2 Pflege bei muslimisch- arabischen Migranten	20
4.2.1 Exkurs: Culture- Bound- Syndromes und Spiritualität	22
5 Diskussion.....	24
5.1 Ergänzung: Limitation	29
5.2 Fazit.....	30
Literaturverzeichnis	I

1 Einleitung

Im Jahr 2015 wurden in Deutschland 476.649 Asylanträge gestellt. Zuletzt lagen die Zahlen Mitte der 90er in diesem hohen Bereich (Bamf 2016). Die Hauptzuwanderungsgruppe hat sich im Jahre 2015 von den Ländern der Balkanregion, hin zu Migranten des arabischen Raumes verschoben. Sie bilden im Januar/Februar 2016 mit 76,5% die größte Gruppe (Syrien, Arabische Republik, Irak, Afghanistan) (bamf 2016). Gleichzeitig stellt der Islam, die am schnellsten wachsende Religionsgemeinschaft der Erde dar (Pulsfort 2010:96). Diese Entwicklungen verändern die Gesellschaft in Deutschland und bedingen somit auch die Ansprüche an pflegerische Fachkompetenz.

Es ist der Kodex der Pflegenden, empathisch zu sein und dem jeweiligen Menschen Unterstützung zukommen zu lassen, wo es individuell benötigt wird. Unabhängig von Herkunft, Ethnie, Geschlecht oder Alter. So steht es in der Präambel des International Council of Nurses (ICN). Dieses Berufsverständnis gilt für alle Pflegenden weltweit. Es soll Orientierung in komplexen Pflegesituationen geben. (ICN 2006:1). Grundaussage des Kodex ist es, eigene Werte und Normen in der Pflegepraxis zu hinterfragen. Pflegende teilen mit der gesamten Gesellschaft die Aufgabe, soziale Bedürfnisse der Bevölkerung und im Besonderen Die von benachteiligten Gruppen zu unterstützen. In Bezug auf Migranten und transkulturelle Pflegekompetenz wächst der Bedarf stetig und ist eine der Kernherausforderungen für das 21. Jahrhundert im Bereich der Pflege (Bose von, Terpstra 2012:6ff).

Dass die vorliegende Arbeit ein hochrelevantes Themengebiet darstellt, lässt sich hieraus entnehmen.

Das Interesse an der Thematik, ist im Praxisfeld entstanden. Es konnte beobachtet werden, dass häufig Missverständnisse, oder Unverständnis das Pflegeverhältnis zu Patienten mit einem Migrationshintergrund beeinflussen. Die Folge ist eine unbefriedigende Pflegesituation und bedeutet eine Belastung für alle Beteiligten.

Die Basis der behandelten Themen bildet der soziologische Blick auf Kultur. Wieso überhaupt die Soziologie miteinbeziehen? Der Grund hierfür ist, dass in der transkulturellen Interaktion, zunächst eine kulturelle Grundhaltung dargelegt werden soll. Die grundlegende Haltung zu Kultur, erklärt demnach den Umgang mit der eigenen und der fremden Kultur und lässt eine systematische Bearbeitung von

Fremdheitsprozessen und dem Verständnis davon zu (Geenen 2005:339). Die Annäherung an Pflegehandlungen, verläuft somit über den Prozess des Verstehens von hintergründigen Einflussfaktoren.

Da im letzten Jahr arabisch sprechende Migranten die Mehrheit der Einwanderer bildeten, war dies der ausschlaggebende Faktor sich auf die genannte Gruppe zu fokussieren. Der Bezug zu infektiösen Darmerkrankungen ist durch die Häufigkeit bedingt mit der sie auftreten. Laut dem Robert Koch Institut (2016) leiden arabisch sprechende Migranten in Deutschland besonders oft an Erkrankungen des Gastrointestinal- Traktes, was zum Einbeziehen dieses Krankheitsbildes in die Arbeit geführt hat.

Der Aufbau der Arbeit ist dahingehend konzipiert, einen Verstehensprozess darzustellen. Es wird in Kapitel 2. Zunächst die Betrachtung von Kultur beschrieben, um zu erklären, was Kultur im Kontext von Pflege bedeuten kann. Daran anschließend folgt die Darstellung der transkulturellen Pflege. Um Hintergrundinformationen und eine Vertrautheit mit dem Herkunftsraum der arabisch sprechenden Migranten zu entwickeln, folgt Kapitel 3 Arabischer Raum. Abschließend sollen die erarbeiteten Kenntnisse in die Anwendung auf infektiöse Darmerkrankungen erfolgen. Zuletzt werden die behandelten Themen diskutiert und reflektiert.

Zunächst erfolgt die Problembeschreibung, woraus sich zwei Fragestellungen ableiten lassen

1.1 Problembeschreibung

Auf Grund von Globalisierung muss davon ausgegangen werden, dass immer häufiger verschiedene Kulturen auf einander treffen. Dies sei die Herausforderung unserer Zeit (Schulz von Thun, Kumbier 2014:11).

Patienten des arabischen Raumes, bilden in unserer Gesellschaft eine Minderheit. Da sie emigrieren, bringen sie neue kulturelle Einflüsse mit, die im professionellen Kontext Beachtung finden. Es sollte für eine Pflegekraft nicht ungewohnt sein, Patienten verschiedener Kulturen zu versorgen. Trotzdem zeigen die Studienlage und die Praxiserfahrung, dass es häufig zu Unstimmigkeiten kommt. Pflegende fühlen sich durch die Auseinandersetzung mit „fremden“ Kulturen schnell gestresst. (Özge, Sevinc 2015:3). In der Praxis wurde zudem beobachtet, dass sowohl die Patienten als auch die Pflegekräfte häufig unzufrieden sind. Ausdruck findet die

Unzufriedenheit in verbalisiertem Unverständnis der Patienten und Pflegekräfte im Behandlungsprozess. Da die persönliche Auseinandersetzung mit Transkulturalität in der Ausbildung nicht in ausreichendem Maß erfolgt ist, soll diese Arbeit zu einem Erkenntnisgewinn führen und pflegerische Kompetenz stärken. Daher hat diese Arbeit zum Ziel, den Zugang zur Transkulturalität zu finden.

Aus der persönlich wahrgenommenen und wissenschaftlich erkannten Problematik, haben sich zwei Fragestellungen entwickelt:

- *Welche Möglichkeiten gibt es, um Transkulturalität in der Pflege zu fördern?*
- *Welche Herausforderungen an die Pflege bringen arabisch sprechende Migranten mit, ins Setting Krankenhaus?*

Es soll in dieser Arbeit erschlossen werden, wie professionell Pflegende kultursensibel Handeln können, um eine erfolgreiche und stressfreie Pflegesituation für arabische Migranten und sich selbst umsetzen zu können.

Um die Fragestellungen beantworten zu können, wird zunächst der arabische Kulturraum vorgestellt, um einen Zugang zur Thematik zu finden.

2 Kultur im Kontext transkultureller Pflege

2.1 Verständnis des Kulturbegriffs in der Soziologie

Das Verständnis für die transkulturelle Pflege wird in der vorliegenden Arbeit kontinuierlich aufgebaut. Der folgende Abschnitt, stellt den Aspekt der Kultur dar. Es soll somit eine Offenheit und Sensibilität für Transkulturalität geschaffen werden. Migranten aus dem arabischen Raum zu pflegen, bedeutet auch, sich auf eine andere Kultur einzulassen. Aus diesem Grund ist Hintergrundwissen unerlässlich.

Einleitend zur Untersuchung „*Culture and Identity in a Muslim Society*“, beschreibt Gregg (2007:57), ganz persönlich seine Schwierigkeit, eine Kultur zu umschreiben: „I also hope this helps show the myriad ways culture patterns the voicing of a life and that it shows culture not just as shared understandings or norms but as disputed meanings and values.“(ebd.).

Eine von Greggs Grundannahmen ist es, dass der Mensch sich kontinuierlich selbst fragen soll, was er/sie von einer Kultur wissen müsse, um die vor sich befindliche Person verstehen zu können (ebd.).

Eine Kultur zu beschreiben, indem sie eingegrenzt wird, ist der erste Fehler der vollzogen werden kann. Die Person wird geprägt durch die Kultur und die Kultur wird durch die Personen definiert, die sich in ihr bewegen (Lenthe 2011:45). Ständige Veränderungen durch Politik, Technik, Religion, Bildung und Wissenschaften halten das Konzept Kultur in Bewegung. Es besteht keine einheitliche Definition.

Eine Erklärung, kann allerdings die Soziologie geben. Die Soziologie beschäftigt sich mit der Wissenschaft von sozialen Zusammenhängen und Gefügen, wie zum Beispiel Nachbarschaft, Sippe, Gesellschaft, Organisationen, Staat. Aber auch mit dem Zusammenhang von Umgangsformen und sozialem Handeln (Kopp, Steinbach 2016:312). Soziologisch betrachtet, beschreibt Kultur einen Komplex, der das Handeln, Denken und Sozialverhalten einer bestimmten Gruppe beschreibt. Somit unterscheiden sich die Individuen der einen Gruppe, von der Anderen (Kopp, Steinbach 2016:184 f.). Normen, Werte und Verhaltensetikette gelten Personen in diesem spezifischen Kontext als gewohnt und normal und sind leitende Faktoren für Verhalten. Werte beschreiben individuelles Verhalten und Ansichten und haben eine bestärkende Wirkung auf das Selbst (Kopp, Steinbach 2016:373). Im Vergleich dazu bedingen Normen „richtiges“ Handeln im Kontext sozialer Ordnung (Kopp,

Steinbach 2016:257). Durch Normen, werden Werte in Handlung umgesetzt. Verhaltensmuster werden demnach nicht reflektiert, sondern verlaufen automatisch. Geertz (1996) beschreibt Kultur als ein sich stetig wandelnden Komplex, der von einer Person selbst hergestellt wird und somit immer veränderbar ist. Die aktuell verbreitetste Annahme in den Sozial- und Kulturwissenschaften ist, die Kultur als fließend und durchlässig zu betrachten und nicht auf Territorien, Nationen oder Verhaltensmuster einzugrenzen (Kopp, Steinbach 2016:187).

Schlussfolgernd kann man sagen, dass Kultur ein Konstrukt ist, welches Denken, Empfinden, Werte, Normen und die Grundbedürfnisse eines Individuums erklären können. In den folgenden Kapiteln, ist die beschriebene Definition im Zusammenhang mit der transkulturellen Pflege zu sehen.

2.1.1 Stereotypen

Als ein weiterer, ausschlaggebender Faktor in interkultureller Interaktion, sollte auch die Stereotypisierung betrachtet werden, da jeder Mensch, alles was ihm fremd und ungewohnt vorkommt, versucht zu kategorisieren. So ergeht es auch Pflegekräften im Umgang mit fremdländischen Patienten und deren kulturellen Gewohnheiten. Diese Aspekte, sollten sich Pflegekräfte bewusstmachen, um Stereotypen positiv, konstruktiv zu nutzen. „Wie ein Skelett, das ausgefüllt werden möchte, zu betrachten als Ausgangspunkt, doch niemals als Endpunkt.“ (zitiert nach Bolten 2007:126, in Lenthe 2011:51ff.).

In der Soziologie beschreibt die Stereotypisierung, dass der Mensch eine andere Person häufig nicht als Individuum wahrnimmt, sondern als Teil einer Gruppe (Kopp, Steinbach 2016:364). Als Folge der Meinung über die Gruppe, wird dem Einzelnen ein „Stempel“ aufgedrückt (zitiert nach Lippmann 1922, in Bierhoff, Frey 2011:234). Die Definition aus der Sozialpsychologie nach Lippman engt die Bedeutung noch weiter ein. Stereotypisierung sei eine „[...] kognitive Struktur oder mentale Repräsentation, die unser Wissen und unsere Überzeugungen über eine soziale Gruppe von Menschen enthält.“ (Bierhoff, Frey 2011:235). Zudem wird angegeben, dass die Betrachtung der eigenen Gruppe stets positiver ausfällt, als der Blick auf die Fremdgruppe und die Änderung eines Stereotyps nur möglich ist, wenn er prototypisch ist und eine nur leichte Abwandlung aufweist. Zuletzt ist zu sagen, dass alles was in unserem Gehirn stereotypisiert ist, wir uns leichter merken können (Bierhoff, Frey 2011:251 f.).

Stereotypes Denken kann auch dann zu subjektiver Sicherheit und Erkenntnissen führen, wenn kein fundiertes Wissen über eine Kultur vorliegt. Stereotypen, werden allerdings meist negativ und unreflektiert angewendet, wie auch Dreißig (2005) in ihrer Feldstudie erkennen konnte. Ihre Hypothese ist, sobald sich Klinikpersonal und Patienten Klientel bedroht fühlen, könnten Stereotypen Anwendung finden (Dreißig 2005:184). Dieses Zerrbild, behindere die Wechselseitigkeit zwischen Pflegekraft und Patient und führe zu einer selbsterfüllenden Prophezeiung (Dreißig 2005:225). Eine sich selbsterfüllende Prophezeiung bedeutet, dass ein Mensch eine bestimmte Vorstellung von einem anderen Menschen hat. Dementsprechend provoziert er mit seiner Annahme und seinem Verhalten die Reaktion des Gegenübers dahingehend, dass sie genauso ausfällt wie erwartet (Bierhoff, Frey 2011:184). Der Stereotyp scheint somit bestätigt.

Mit den dargestellten Hintergrundinformationen zur Kulturbetrachtung, Stereotypen, sich selbsterfüllenden Prophezeiungen und dem aktuell gebräuchlichen offenen Kulturbegriff, soll nun der folgende Abschnitt zur Entwicklung der interkulturellen Pflege betrachtet werden. Die Interkulturalität in der Pflege wird dargestellt, um zu verdeutlichen in welchem Kontext sich die Pflege an arabischen Migranten gestalten lässt.

2.2 Von der Interkulturalität zur Transkulturalität in der Pflege

Interkulturalität in der Pflege ist geprägt von der Auseinandersetzung der essentiellen Grundhaltung der interagierenden Personen zum Leben und ihren Bedürfnissen, welche sich daran knüpfen. Der Begriff der Interkulturalität steht in der Abgrenzung zur Multikulturalität und der Transkulturalität (Lenthe 2011:18).

Multikulturell gilt als das Aufeinandertreffen mehrerer Kulturen. Interkulturalität stellt die Interaktion zwischen mindestens zwei verschiedenen kulturellen Einflüssen dar und die Transkulturalität stellt die kulturübergreifende Situation dar, wobei der Standpunkt zwischen fremd und eigen aufgegeben wird und die andere Kultur nicht mehr als fremd wahrgenommen wird (Lenthe 2011:14f.; Domenig, Cattacin 2015:35).

Nur wer in der Lage ist, sich selbst zu reflektieren und ein Bewusstsein für die eigene Haltung entwickelt, kann Sensibilität anderen kulturellen Werten gegenüber zeigen (Narayanasamy et al.2004, Maier- Lorentz 2008:38).

Pflege ist besonders anfällig für interkulturelle Konflikte, weil Pflege, Körper- und Beziehungsarbeit, an mehr oder weniger abhängigen Individuen bedeutet. Hierbei ist der Kontakt so eng, wie sonst nur zu frühkindlichen Bezugspersonen (Dornheim 1999:306).

Seit den 50er Jahren ist die Interkulturalität ein Bestandteil der Pflegewissenschaften. Als Begründerin gilt Madeleine Leininger (1925- 2012, USA). Sie ist studierte Psychiatriepflegekraft und hat zusätzlich Abschlüsse in Philosophie, Anthropologie und Humanwissenschaften (Andrews, Backstrand et al.2010:92). Sie stellte fest, dass je nach kulturellem Hintergrund, die betreuten Kinder verschiedene Bedürfnisse an sie gerichtet haben. Daraus entwickelte sich die Fragestellung, welcher kulturelle Hintergrund, welche spezifischen Anforderungen an eine Pflegeperson mit sich bringt. Sie entwickelte eine Studie, welche 53 verschiedene Nationen einschloss, um kulturelle Bedürfnisse zu erkennen. Anschließend erstellte sie das Sunrise Modell, bei welchem die Ergebnisse ihrer Studie als Basis dienten. Ziel sei eine Sicherheit gebende, kultursensible Pflege, die familien- und werteorientiert vorgeht. Lebensstil und Glaube müssen erhoben und einbezogen werden (Andrews, Backstrand et al.2010:94). Kulturell kongruent und ganzheitlich soll die Pflege sein und durch wissenschaftliche Erkenntnisse gestützt werden. Die Pflegekräfte sollen ein fundamentales Bewusstsein für Interkulturalität und ein tiefgreifendes Wissen über Kulturen erlangen. Das Sunrise-Modell soll als Instrument, Pflegekräften helfen, ihren Sinn und Verstand für die vielen Faktoren zu öffnen, die Gesundheit und Pflege beeinflussen (Andrews, Backstrand et al.2010:97).

Offenheit seitens der Pflegekräfte wird angestrebt, denn in jeder Kultur bestehen spezifische Vorstellungen wie Pflege und das Sich- Kümmern umgesetzt werden soll. All diese Aspekte müssen erforscht und im Alltag bewusst entdeckt und in die Pflegepraxis integriert werden (Andrews, Backstrand et al.2010:99).

Auch die britischen Pflegewissenschaftler Price und Cortis (2000) kritisieren, dass das Wissen das benötigt wird, unrealistisch sei, sich an zu eignen. Ihr Konzept sei zu statisch und in der heutigen Zeit nicht mehr anwendbar, da die kulturelle Vielfalt einer Bevölkerung nicht abgebildet sei (Price, Cortis 2000:239). Sie gehen aber mit Leininger konform, dass Pflege sich nicht nur auf die Pflegewissenschaft beziehen kann, sondern den Blick in andere Disziplinen ausweiten muss (Price, Cortis 2000: 233). Hiermit ist, nach Price und Cortis (2000) die Soziologie gemeint. Aber auch

die Anthropologie, Philosophie, Ethnografie und Ethik, sowie die Reflektion von Gesellschaft und Rassismus (Price, Cortis 2000:234).

Leininger legte zwar mit diesen Erkenntnissen die Grundlage der aktuellen Entwicklungen für die Pflegewissenschaft, doch wurde ihr Konzept in den folgenden Jahrzehnten, kritisiert und weiterentwickelt. Es wurde erkannt, dass trotz der Zugehörigkeit zu einem Kulturkreis, jeder Mensch individuell ist und Bedürfnisse hat, welche zwar kulturell orientiert, aber nicht für eine ganze Bevölkerung allgemeingültig sind (Lenthe 2011:45; Thomas 1996:112).

Der Blick fällt daher auf die Entwicklungen im deutschsprachigen Raum. Kirchmeier et al. (2003) beschäftigen sich in ihrem Artikel *Kollektivistische und individualistische Dimensionen in den Grundlagen kultursensibler Pflege und Gesundheitsförderung* unter anderem mit Leiningers Modell. An Leininger wird kritisiert, dass sie jeden Menschen einer Kultur zuschreibe, welche an einer Nation festgemacht werde. Daraus würde Leininger spezifische Pflegehandlungen ableiten, welche einem Individuum nicht gerecht werden würden. Weiter geben Kirchmeier et al. (2003:5) an, Leininger vernachlässige permanente politische und wirtschaftliche Einflussfaktoren und Akkulturationsprozesse. Demnach nutzt Leininger einen eindimensionalen Kulturbegriff, der bestenfalls eine Wunschvorstellung sei, aber nicht der Realität entspreche. „Denn die einzelnen Menschen sind es, die den Dingen und Sachverhalten Wichtigkeiten beimessen, [...]“ (Kirchmeier et al. 2003:5).

Kirchmeier et al. (2003) verweisen auf das transkategoriale Konzept, welches in der Pflegewissenschaft in erster Linie durch Domenig (2001) vertreten wird. Im Transkategorialen Konzept, steht das Individuum im Fokus der Betrachtung, ohne dabei die „überindividuellen Dimensionen zu leugnen.“ (Kirchmeier et al.2003:5). Überindividuelle Dimensionen, setzen sich aus Umwelteinflüssen, Lebensraum und sozioökonomischen Faktoren zusammen (Kirchmeier et al.2003:5f.). Der Mensch wird holistisch, das bedeutet ganzheitlich betrachtet. Die in diesem Kontext angestrebte Definition von Transkulturalität beschreibt daher kulturelle Prozesse als „flexibles individuelles Kondensat aus biografischen, soziografischen und ökologischen Faktoren“ (Kirchmeier et al.2003:5).

Seit Beginn des 21. Jahrhunderts hat sich der Fokus vom Erlernen einer fremden Kultur, zum Reflektieren der eigenen Kultur hin entwickelt. Der Standpunkt der Versorgenden (engl.: Provider) wird zur Priorität. Der interethnische Prozess, die

persönliche Haltung zu Kultur und die Reflexion der gesellschaftlichen Strömungen nehmen an Bedeutung zu.

Auch die deutsche Sozial- und Kulturwissenschaftlerin Dornheim beschreibt, dass es „nicht zu viel verlangt“ (Dornheim 1999:297) sei, wenn sich Pflegewissenschaft und Pflegende zu aller erst mit ihrem eigenen, subjektiven Verständnis von Kultur aus einander setzen. Sonst blieben das uns geläufige Empfinden von Kultur und unsere Erfahrungen als „leer“ bestehen (ebd.). Damit ist gemeint, dass Pflegekräfte zuerst ihren eigenen kulturellen Hintergrund verstehen sollen, bevor sie in der Lage sind, andere Werte verstehen zu können. In ihrem Artikel *Zur Bedeutung kultureller Codierungen in Pflegepraxis, Pflegeforschung und Pflegewissenschaft – Bausteine eines kritischen Kulturkonzeptes* (1999) beschreibt sie, es entstehe ein individueller Blick auf die Welt, welcher zwar durch die Umwelt geprägt sei, aber dennoch subjektiv bleibe (Dornheim 1999:299).

Mit Eintritt in unser Gesundheitssystem, wird die betroffene Person als krank, oder gesund eingestuft, auch wenn zu allererst nur ein Bedürfnis nach Unterstützung besteht. Wenn Gesundheitspersonal von Beginn an die Patienten in krank und gesund unterteilt, dann sei das differenzierte Sich- Einlassen auf die Sinnwelten anderer unmöglich (Dornheim 1999:306). Das Einstufen in krank und gesund, falsch oder richtig, fremd, oder eigen, wird als binäre Codierung bezeichnet (Dornheim 1999:295). Diese Begrifflichkeit der Kulturwissenschaften ist für die transkulturelle Pflege. relevant. Denn mit dem Verständnis für binäre Codierungen, lässt sich die Problematik zwischen Pflegenden und kulturell anders geprägten Patienten besser verstehen, da das Denken in binären Codierungen sowohl förderlich, als auch hinderlich im Kontakt sein kann.

Abschließend zu diesem Kapitel, soll Dagmar Domenig (1936, Schweiz) hervorgehoben werden. Sie vertritt die transkulturelle Kompetenz und arbeitet wissenschaftlich, sowie im Transfer von Theorie und Praxis. Sie spricht von transkultureller Kompetenz und meint damit „die Fähigkeit, individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende, angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten“ (Domenig 2007:187). Auch wenn Leininger als Ursprung der Interkulturalität in der Pflegewissenschaft gilt, haben sich Gesellschaft und Verständnis von Kultur weiterentwickelt. Aus diesem Grund, steht das Konzept von

Domenig (2007:172) in der vorliegenden Arbeit im Fokus. Ihr Kulturbegriff ist offen und flexibel. Im Zentrum stehen die Interaktion und nicht die Abgrenzung. Die transkulturelle Pflege beschreibt das Aufeinander zugehen. Nicht die Betrachtung von „Wir und die Anderen“, oder fremd und eigen. Die Fähigkeit zur Interaktion stützt sich nach Domenig (2007) auf drei Säulen: Selbstreflexion, Hintergrundwissen und Erfahrung, sowie Narrative Empathie. Es handelt sich demnach nicht um die Zuordnung von Merkmalen zu einer bestimmten Kultur, sondern um die Interaktion zwischen Pflegekraft und Patient (Domenig 2007:174ff.).

Im Gesamtkontext der vorliegenden Arbeit, sind die Aussagen der deutschsprachigen Wissenschaftler*innen hervorzuheben. Sie sind aus den letzten 15 Jahren und gehen auf die hier vorherrschenden Bevölkerungsstrukturen und Pflegelandschaften ein. Hervor zu heben sind daher Kirchmeier, Domenig und Dornheim. Sie gehen direkt auf die Vielfalt des europäischen Kulturraums ein und heben das Individuum in seiner kulturellen Position hervor. Da die Vielfalt im hiesigen Kulturraum immens ist, fokussieren sie sich nicht darauf, für jede kulturelle Besonderheit einen Leitfaden zu entwickeln, sondern richten den Blick auf die Pflegeperson selbst. Das eigene Reflektieren und Wissen um die Zusammensetzung der vertrauten Kultur und Gesellschaft steht im Zentrum.

Sich Wissen anzueignen, welches einem die eigene Kultur bewusstwerden lässt, ebenso wie das Wissen über einen unbekanntem Kulturraum soll erlernt werden. Es soll bei angehenden Pflegekräften schon von Beginn an, eine Sensibilität für kulturelle Kompetenz gefördert werden. Offenheit und der Wille zu verstehen, sowie zu erkennen, dass es verschiedene Varianten von Falsch und Richtig gibt, muss erlernt werden. Das Bewusstsein für unbewusste Stereotypisierung sollte geschaffen werden, um im klinischen Alltag gerechte Pflege leisten zu können.

Vor dem geschilderten Hintergrund des Kulturbegriffs und der transkulturellen Kompetenz, ist der weitere Verlauf der Arbeit zu betrachten. Um sich dem Kulturraum der arabisch sprechenden Migranten anzunähern, wird im Folgenden ein Blick auf den arabischen Raum gegeben. Das soll zum Verstehen beitragen und Hintergrundwissen schaffen.

3 Arabischer Kulturraum

Um Hintergrundwissen zur Gruppe der „arabischen Migranten“ des Nahen Ostens zu erhalten, wird an dieser Stelle der Arbeit der arabische Kulturraum dargestellt. Es soll lediglich ein Einblick geboten werden, um sich der Herkunftsregion der Migranten anzunähern.

Die „arabische Welt“, wie sie in dieser Arbeit definiert wird, wird im Folgenden beschrieben. Als „arabische Welt“ werden die 22 Mitgliedsländer des Wirtschaftsraumes der Arabischen Liga bezeichnet. Im Wesentlichen geeint durch die arabische Sprache (Steinbach 2015:10). In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff „Naher Osten“ genutzt. Dies beschreibt einen Teilbereich der „Arabischen Welt“. Eingeschlossen wurden hierbei die Länder Syrien, Afghanistan, Iran und Irak. Die Einschränkung folgt der Begründung aus der Einleitung, wonach diese Länder aktuell die Hauptzuwanderungsländer für Deutschland darstellen.

Allgemein ist der Kulturraum des Nahen Ostens nur schwer zu kategorisieren. Politische, gesellschaftliche, kulturelle und wirtschaftliche Vielfalt stellen ständige Gegensätze dar. Andererseits kann vor allem durch Sprache, Geschichte und Religion begründet werden, warum von einem arabischen Raum gesprochen werden kann (Steinbach 2015:9). Dieser Zustand lässt sich geschichtlich durch die Ausbreitung des osmanischen Reiches erklären.

Im 20. Jahrhundert (im arabischen Raum hat das 21. Jahrhundert 2011 begonnen) gab es in der arabischen Welt drei große Umbrüche. 1918 mit dem Ende des 1. Weltkrieges, wonach die englischen und französischen Besatzer Grenzlinien zogen, vollkommen unabhängig von Kulturräumen, oder ethnischen Gebieten. Dann ab 1946, als für die Unabhängigkeit von den Besatzern gekämpft wurde. Und dann 2010 als in Tunesien der „arabische Frühling“, oder auch die „dritte arabische Revolte“ genannt begonnen hat. Einige Länder sind im Chaos versunken (Steinbach 2015:31-52, 349ff.). Beispielhaft dafür ist Syrien. Das führt zu den in der Einleitung beschriebenen Flüchtenden, die vor allem im Jahr 2015 Deutschland erreichten.

Prägend für den arabischen Raum, ist die Religion. In erster Linie der Islam. Der Islam im arabischen Raum macht nur ein Fünftel der weltweiten Verbreitung aus. Am weitesten verbreitet ist der Islam aktuell in Pakistan und Indonesien mit 88% der weltweiten Bevölkerungsanteile (Pulsfort 2010:96). Trotzdem ist mehr als 90% der

Bevölkerungen im arabischen Raum muslimisch und die Religiosität hat einen hohen Einfluss auf die soziokulturellen Strukturen (Pulsfort 2010:98). Anders als in Europa, wo durch Liberalismus und Aufklärung des 19. Jahrhunderts die religiösen Einflüsse im täglichen Leben an Bedeutung verloren haben, sind sie im mittleren Osten präsent. In Politik, Sozialstrukturen, oder wirtschaftlichen Fragen, wird sich häufig an Beispielen aus dem Koran orientiert. In vielen Fragen des Lebens gibt der Koran Hinweise und Verhaltensregeln. Zum Beispiel in Bezug auf Hygiene, Körper, Familienstrukturen, oder Essgewohnheiten (Rosiny 2013).

Zu beobachten ist aber die Entwicklung im Rahmen der „dritten arabischen Revolte“ (Steinbach 2015:9). Der Wunsch nach freier Meinungsäußerung, Unabhängigkeit von religiösen Zwängen und der Drang zur Demokratie zeigen neue Wege auf. Dieser gesellschaftliche Wandel wird vor allem durch die demografische Entwicklung gestützt. Die Jugend dominiert den arabischen Raum, Analphabetisierung ist rückläufig und das Bildungsniveau steigt. Auch die Gesundheitsversorgung und somit die Lebenserwartung verbessern sich. In den 50er Jahren lag sie noch bei durchschnittlich 40 Lebensjahren, heute bei über 75 Jahren (Werder, Lauber 2014:187).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der arabische Raum nur schwer zu charakterisieren ist, da sich die gesamte Region in einem schnellen und unrhythmischen Wandel befindet. Ein Großteil der jungen Bevölkerung hegt individualistische Lebensentwürfe, konträr zu den Älteren, deren Denken häufig kollektivistisch angelegt ist. (Werder, Lauber 2014:187). Auch die Einbeziehung von Religion in das alltägliche Leben kann stark variieren. Vor allem ist festzuhalten, dass der Islam aus etlichen Sonderformen besteht und zudem das Christentum und andere Religionen verbreitet sind. Der arabische Kulturraum wird allein durch seine Vielfalt und Wandelbarkeit charakterisiert (Rosiny 2013).

3.1 Gesundheitsversorgung

In diesem Kapitel soll ausgeführt werden, mit welchen Kenntnissen zum Gesundheitssystem die arabischen Migranten nach Deutschland kommen. Daran können sich Erwartungen knüpfen, die für Pflegekräfte von Interesse sein könnten. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung im Nahen Osten, variiert je nach Land. Kein Land der Region, hat Salman Rawaf zu Folge, ein gut entwickeltes Gesundheitssystem (Rawaf 2004:32f.). Rawaf ist Doktor der Public Health Studies

in England. Er hat den Zustand der „*Public Health Functions and Infrastructures in the MENA/EM Region*“ für das World Bank Institute (Weltbank) dargestellt. Recherchiert aus Datenerhebungen der Weltbank und der WHO.

MENA/EM Region steht für Middle East North African/Eastern Mediterranean und schließt 22 bis 24 Länder ein und besteht aus etwa 480 Millionen Menschen. Die Region ist von starken demografischen Veränderungen und politischer Instabilität geprägt (Rawaf 2004:25). 10- 40% der Bevölkerungen bestehen aus unter Fünf-Jährigen, nur 5% sind über 60 Jahre alt. 60% der Bevölkerungen leben in den städtischen Ballungsräumen und Bevölkerungsbewegungen auf nationaler und internationaler Ebene formen die Region zusätzlich (Rawaf2004:27f.). Die Gesundheitsversorgung ist auf diese rapiden Veränderungen nicht eingestellt.

Wie bereits dargestellt, haben sich die Lebenserwartung allgemein und die Überlebenschancen von Säuglingen zunehmend optimiert und die zum Tode führenden Erkrankungen haben sich verändert. Der Schwerpunkt der Public Health liegt damit bei präventiven Maßnahmen und Aufklärung im Bereich der chronischen Erkrankungen. Diese werden 2020 voraussichtlich für drei Viertel der Todesfälle verantwortlich sein (Rawaf 2004:30). Dazu zählen vor allem Krebs, koronare Herzerkrankungen und Schlaganfälle. Als Hauptrisikofaktoren gelten Nikotin, Alkohol, ungesunde Ernährung, ungeschützter Geschlechtsverkehr, Bewegungsmangel, Umweltverschmutzung, sowie Armut und soziale Benachteiligung (ebd.). Eine grundsätzliche Schwierigkeit in der MENA/EM Region ist der Mangel an professionell ausgebildetem Gesundheitspersonal. Es fehlt an Ausgleich zwischen praktischer („service-oriented“) und wissenschaftlicher („science-based“) Pflegekompetenz (Rawaf 2004:34). Die Gesundheitsberufe werden überwiegend schlecht bezahlt und haben keinen beliebten öffentlichen Status. Zudem sind kaum Karrieremöglichkeiten ersichtlich, oder werden gefördert (Rawaf 2004:36f.).

Durch diese Situation der inkonsequenten Datenerhebung, sowie Desinteresse der Regierung und Bevölkerung, ist auch die Wissenschaft massiv beeinträchtigt. Das erschwert, zuverlässige, empirische Datenerhebung zum Gesundheitsstatus und Gesundheitssystem der verschiedenen Länder (Rawaf 2004:33, 36). Auch das Bewusstsein für Forschung im Gesundheitswesen ist nicht verbreitet (Rawaf 2004:35).

Abschließend hält Rawaf fest, dass sich die Politiker häufig kurzfristige Ziele setzen, um einen „quick fix“ (schnelle Verbesserung) und zügig „good news“ (gute Nachrichten) zu erhalten. Es mangelt an vorausplanenden, längerfristigen Interventionen (ebd.) in den Ländern der MENA/EM Region.

Um einen beispielhaften, vergleichenden Einblick zu geben, werden an dieser Stelle die Versorgungsberichte der World Health Organization (WHO) über Afghanistan, Syrien und den Iran aufgeführt. Die verwendeten Daten wurden vom „Regional Office for the Eastern Mediterranean“ dokumentiert und 2015 im „Health System Country Profile“ online veröffentlicht. Die Auswahl der Länder beläuft sich in diesem Kontext auf die Begründung in der Einleitung, wonach dies die Hauptherkunftsländer der Migranten in Deutschland sind.

Afghanistan, hat verglichen mit dem Iran und dem Vorkriegs- Syrien eines der rückständigsten Gesundheitssysteme des Nahen Ostens. Zumindest laut den Erhebungen der WHO (2013). Nur ein Drittel der Bevölkerung hat Zugang zu Gesundheitsversorgung (WHO:2015a). Eine gesetzliche Versicherung gibt es nicht, Behandlung findet nur statt, wenn ein Eigenanteil gezahlt werden kann.

Im Iran hingegen sieht die Versorgung anders aus. 90% der ländlichen und 100% der städtischen Bevölkerung hat Zugang zur Gesundheitsversorgung, die frei zugänglich ist (Sadrizadeh 2004:115). Die Versorgung im Iran wird vom Staat mitfinanziert. Der Anteil internationaler Förderung durch UNICEF, WHO und die Weltbank ist wesentlich geringer als in Afghanistan (Sadrizadeh 2004:123).

Eine weitere Abgrenzung zu Afghanistan bildet die Organisation des Gesundheitssektors. Sie ist im Iran dezentralisiert (Sadrizadeh 2004:122). So kann auch die ländliche Bevölkerung durch sogenannte „health houses“ erreicht werden (Sadrizadeh 2004:117). Die 39 Universitäten übernehmen einen Großteil der exekutiven Aufgaben, wie zum Beispiel statistische Datenerhebung, oder die Durchführung von Aufklärungskampagnen (Sadrizadeh 2004:117ff.). Angenommen wird, dass die Aufklärung durch geschultes Gesundheitspersonal in den vergangenen 30 Jahren dazu beigetragen hat, dass die Bevölkerung einen Impfstatus von 97% der angestrebten Erkrankungen erfüllt. Beispielhaft hierfür ist der Rückgang der Malariaerkrankten. 1991 waren es noch 98.160 Neuerkrankungen pro Jahr, im Jahr 2000 nur noch 19.163 Fälle (Sadrizadeh 2004:115). Auch im Bereich perinatale Aufklärung und Betreuung ist einiges

passiert. So konnten Mütter zu längerem Stillen motiviert werden. Die Zahlen der Sterblichkeit von unter Fünf- Jährigen ist rückläufig. Von 1988- 2000 von 56 zu 36 Todesfällen pro 1000 Kindern (ebd.). Die Lebenserwartung ist in 20 Jahren von 67,7 auf 71 gestiegen (ebd.). Damit einhergehend, haben sich die zum Tode führenden Erkrankungen von Infektionen um 1979, hin zu Herz- Kreislauf- Erkrankungen, Tumoren und Unfällen im Jahr 2000 entwickelt (ebd.).

In Syrien nahm die rasante Entwicklung des Gesundheitssystems einen ähnlichen Verlauf. Bis zum Jahre 2011, als der Krieg begann. Die Bevölkerung Syriens war bis zu Beginn des Krieges 2011, mit einem Impfstatus von 90% versorgt. 2014 lag dieser nur noch bei 52% (WHO 2015b). Das erklärt unter anderen Punkten, warum Infektionskrankheiten vermehrt registriert werden. Masern, Polio, Typhus, Cholera, oder Hepatitis A sind wieder aufgetreten (WHO 2015b). Eine Erklärung hierfür ist aber auch, dass die Versorgung mit sauberem Trinkwasser vor Beginn des Krieges 90% der Bevölkerung erreicht hat. 2014 liegt diese Zahl bei nur noch einem Drittel der Bevölkerung (WHO 2015b). Sanitäre Anlagen sind außer Funktion und auch 57% der Krankenhäuser des Landes nicht mehr in Betrieb (WHO 2014).

Die Bevölkerungen Syriens und des Iran, hatten der WHO zufolge bis 2011 einen vergleichbaren Zugang zu Gesundheitseinrichtungen und präventiven Maßnahmen. Beide Nationen haben ein dezentralisiertes Gesundheitswesen, was vor allem die ländliche Bevölkerung unterstützt. Im Iran geschieht dies durch zweijährig ausgebildete Gesundheitspersonen. Immer eine weibliche und eine männliche Pflegekraft sind für eine ländliche Region zuständig. Das schafft Vertrauen in Personal und Gesundheitssystem und senkt die Hemmschwelle für Patienten beider Geschlechter, Gesundheitsberatung aufzusuchen.

Das Kapitel zeigt, dass die Bevölkerungen der arabischen Länder, mit unterschiedlichsten Ausgangssituationen vertraut sind. In erster Linie sind sie an Neuerungen gewöhnt, die den Zugang zum Gesundheitssystem beeinflussen.

Ebenfalls kann die Religiosität das Verhalten im Umgang mit Gesundheit beeinflussen. Aus diesem Grund wird im folgenden Abschnitt ein Einblick zum Islam gegeben.

3.2 Der Islam

Wie bereits beschrieben, hat der Islam (arab.: Hingabe an Gott) den größten Anteil der nicht christlichen Bevölkerung in Deutschland. Laut dem Bundesministerium für

politische Bildung (bbp, 2012) waren es zur Befragung 2010 4,89% an der Gesamtbevölkerung, mit steigender Tendenz.

Die Ausbreitung des Islam im mittleren Osten beträgt 5% an der weltweiten Verteilung. Innerhalb des arabischen Raumes sind 60% bis 90% Muslime (Pulsfort 2010:98).

Der Islam ist eine der drei abrahamitischen Religionen, zusammen mit Juden- und Christentum (Taheri 2008:1). Im Islam wird ein Allah als einziger Gott verehrt. Jedes Kind muslimischer Eltern ist automatisch ein Muslim und der Glaube an die Auferstehung und das Weltgericht, sowie die die fünf Säulen des Islam, bilden den Grundstein der Religion (Pulsfort 2010:98). Das Glaubensbekenntnis, das fünfmalige tägliche Gebet, die Entrichtung der Armensteuer, das Fasten im Monat Ramadan und die Wallfahrt nach Mekka (Al- Omar 1991:27; Pulsfort 2010:98). Freitag ist der muslimische Feiertag. Der Koran ist die Heilige Schrift, die der Prophet Mohammed den Gläubigen hinterlassen hat. Er beschrieb sich selbst als politischer und sozialer Organisator und Führer und hat die Erwartung an die Gläubigen gestellt, den Islam und dessen Lehren immer als erste Priorität zu setzen (Pulsfort 2010:96). Die Gemeinschaft hat er ebenso hervorgehoben. Als Vertreter der Gemeinschaft gilt der Imam. Der Koran gilt als liturgischer Text, aufgeteilt in 114 Suren (Abschnitte) und beinhaltet einen Sozialkodex und beschreibt das islamische Rechtssystem (Scharia) in Bezug auf Familien-, Zivil-, Straf-, Wirtschafts- und Handelsrecht (Pulsfort 2010:97f.). Aber auch Kleidungs Vorschriften, Speisegesetze, oder Hinweise zur Körperhygiene werden erbracht (Lenthe 2011:62fff.).

Zu beachten ist, dass es eine Vielzahl unterschiedlicher Glaubensrichtungen gibt, je nach Auslegung, oder Schwerpunkt des Korans (Pulsfort 2010:99). Auch die Einhaltung im Alltag, beziehungsweise die Durchführung der Hinweise und Gesetze ist unterschiedlich und individuell verschieden. Allgemein verbreitet, ist der Bezug zur Gemeinschaft, das mit kollektiven Denken einhergeht und die metaphorische Sprache des Koran, die auch in Bezug auf Gesundheit zum Ausdruck kommen kann.

Dieses Kapitel soll lediglich einen Einblick geben und kann keine Vollständigkeit bieten. Trägt aber zum Verständnis arabischer Muslime bei. Das anschließende Kapitel, soll das Verständnis von Gesundheit und Krankheit bei Muslimen beschreiben.

3.3 Verständnis von Gesundheit und Krankheit arabischer Muslime

Gesundheit ist in den muslimisch geprägten Ländern des mittleren Ostens wie auch hier zu Lande, eines der höchsten Güter, welches der Mensch besitzt (Ilkilic 2002:182). Laut dem Koran, soll jede Person auf ihren Körper achten und das Beste für ihn tun (Koenig, Shohaib 2014:46). Er ist eine Gabe Gottes, für den wir hier auf Erden vorübergehend die Verantwortung übernehmen (Ilkilic 2002:37). Alles was getan werden kann, um gesund zu sein, oder zu werden, soll auch Anwendung finden.

Generell ist zu sagen, dass in den muslimischen Ländern eher die Erhaltung der Gesundheit im Vordergrund steht und es besteht einige Hinweise zu Ernährung und Hygiene (Koenig, Shohaib 2014:46). Krankheit hingegen soll duldsam ertragen werden, da sie als Prüfung, oder als Strafe zu betrachten ist (Koenig, Shohaib 2014:47). Eine Krankheit kommt zufällig über einen. Während der Krankheitsphase, so der Koran, ist der Betroffene in einer besonders engen Verbindung zu Gott. Er kann daher für die Menschen in seinem Umfeld beten. So kann er trotz der Einschränkung Gutes tun und gesellschaftlich wirken. Freunde und Bekannte haben andererseits die Pflicht, Trost zu spenden und dem Betroffenen und Angehörigen ihr Mitgefühl auszudrücken. In Form von Mahlzeiten, Krankenbesuchen, finanzieller Unterstützung, oder sonstiger Hilfe (zitiert nach Rahmann 1998:59, in Koenig, Shohaib 2014:47).

Der kollektivistische und ganzheitliche Umgang im sozialen Umfeld, überträgt sich auch auf die Wahrnehmung und den Ausdruck von Krankheit (Bose, von; Terpstra 2012:22f.). Mit kollektivistisch im Zusammenhang mit Gesundheit ist gemeint, den eigenen Zustand an das soziale Umfeld zu kommunizieren und Unterstützung anzunehmen. Ganzheitlich bezieht sich auf die Körperwahrnehmung (ebd.). Oft verschwimmen körperliche und mentale Ursachen. Das erschwert in der hiesigen Kultur die Diagnostik und das Erkennen von Symptomen (Rezapour, Zapp 2011:48-55). Seinen Ursprung hat diese Wahrnehmung im Koran, denn es wird häufig in Metaphern geschrieben. Zum Beispiel gilt in einigen arabischen Ländern das Herz als Seele (Ilkilic 2002:22). In anderen ist es die Leber (Bose, von; Terpstra 2012:80f.) Beschreibungen wie: es ist „Krankheit in ihren Herzen“ (Ilkilic 2002:23), oder „die Leber fällt“ (Bose, von; Terpstra 2012:80), können auf Ungläubigkeit, oder Melancholie und Traurigkeit hinweisen und haben nicht zwingend einen

physiologischen Bezug (Bose, von; Terpstra 2012:81). Im Genesungsprozess kann daher die Stärkung des Geistes durch den Koran, sowie durch soziale Interaktion mit Angehörigen und Bekannten eine hohe Bedeutung haben (Koenig, Shohaib 2014:48). Diese Ganzheitlichkeit wird auch spirituelle Ebene bezeichnet und umfasst den gesamten Körper.

„Wenn ich krank bin, so heilt er mich“
Sure 26,80 Koran (zitiert in: Ilkilic 2002:26)

Diese Sure des Korans wird allgemein so interpretiert, dass Muslime Gottvertrauen haben sollen. Der Komplex „Krankheit, Heilung und Gott“ ist eines der historisch am ältesten und höchst kontrovers diskutierten Themen in der islamischen Geisteswissenschaft (ebd.). Denn es wird von den Gläubigen verlangt, das Bestmögliche für ihren Körper zu tun und alle Therapieoptionen anzunehmen, gleichzeitig auf Gott zu vertrauen und zusätzlich die Ge- und Verbote des Koran zu achten. Allerdings darf, wenn es der Gesundheit dient, auch gegen muslimische Gebote gehandelt werden (Ilkilic 2002:35). Der Autor Al-Dhahabi (1961:3 zitiert in Koenig, Shohaib 2014:49) erklärt diese Situation an Hand eines Bauern. Erst müsse ein Samen gesät und nach bestem Gewissen gepflegt, erst dann könne vollständig auf Gott vertraut werden.

Zusammenfassend gilt, dass der Wert von Gesundheit und der Umgang damit, im Rahmen individueller Religiosität betrachtet werden muss (Ilkilic 2002:183). Allgemein steht die Gesunderhaltung im Vordergrund. In Krankheitsfällen gibt der Koran Sicherheit und Orientierung. Dies kann den Patienten aber gleichzeitig in Konflikte stürzen, die zusätzlich noch von dem hiesigen Blick auf Heilung und Körper verkompliziert werden können. Die Spiritualität und das biologisch-physikalische Verständnis von Diagnostik und Therapie stoßen auf einander.

Ob sich ein Patient in der pflegerischen Begleitung passiv oder aktiv verhält, ob viel Besuch und gesellschaftliche Wärme benötigt wird, welche Prioritäten er in Konflikten persönlicher Entscheidungsfindung setzt, ob er seinen Körper ganzheitlich, oder physiologisch betrachtet, ist für uns Pflegende nur durch Offenheit und Interesse zu erkennen.

Welche Möglichkeiten Pflegekräfte haben, um muslimisch-arabischen Patienten angemessene Pflege zukommen zulassen, wird in folgendem Kapitel dargestellt.

4 Transkulturelle Pflege

4.1 Infektiöse Darmerkrankungen bei muslimisch- arabisch Migranten

Zu Beginn des Kapitels, soll deutlich werden, warum infektiöse Darmerkrankungen in dieser Arbeit Erwähnung finden.

Mit „arabischen Migranten“ sind in diesem Abschnitt in erster Linie Geflüchtete gemeint, die zwischen 2013 und 2016 vermehrt Asyl beantragt haben und Interesse an der Thematik geweckt haben.

Bezogen auf die hier thematisierten infektiösen Darmerkrankungen bei arabischen Migranten, ist zu bemerken, dass es sich hierbei nicht um Erkrankungen handelt, die schon im Herkunftsland eine hohe Inzidenz aufweisen. Das sind wie bereits erwähnt Gefäß- und Tumorerkrankungen (Rawaf 2004, RKI 2016).

Vielmehr ist anzunehmen, wie das Robert-Koch-Institut (im folgenden RKI) im März 2016 angibt, dass schon „Basishygienemaßnahmen schützen würden.“ (RKI 2016). Durch die allgemeine Lebensumstellung der Geflüchteten, die Massenunterkünfte und die Ernährungsumstellung auf die hier angebotenen Lebensmittel, erfährt der Körper eine Umstellung. Vor allem das Immunsystem von Kleinkindern, ist nicht auf die angesprochenen Veränderungen eingestellt. Vorrangig betroffen, sind daher die 0-9-Jährigen und die 15-29-Jährigen. Zu beachten ist in dieser Statistik, dass die 15- 29- Jährigen die Mehrzahl der Geflüchteten ausmacht. In der 1.-8. Kalenderwoche 2016, sind insgesamt 53.519 meldepflichtige Infektionskrankheiten registriert worden. Davon waren 28.327 Fälle infektiöse Darmerkrankungen (ebd.). Die vier häufigsten Infektionen waren dabei die Norovirus- Gastroenteritis (13,923 Fälle), die Campylobakter- Enteritis (9095 Fälle), die Rotavirus- Gastroenteritis (4283 Fälle) und die Salmonellose (1438 Fälle). Diese Erkrankungen werden durch Lebensmittel, oder Flüssigkeiten übertragen, fäkal- oral, oder durch Schmierinfektionen. Symptome sind überwiegend Diarrhoen und Emesis, einhergehend mit Fieber und Dehydratation (ebd.).

Die Einführung zu infektiösen Darmerkrankungen arabisch- sprechender Migranten, wird im folgenden Abschnitt auf die Möglichkeiten übertragen, die Pflegekräfte im Kontakt mit der beschriebenen Patientengruppe anwenden können. Es werden aus der gefundenen Literatur beschriebene Handlungen entnommen und um die Aspekte der „Culture- bound- Syndromes“ und Spiritualität erweitert.

4.2 Pflege bei muslimisch- arabischen Migranten

Arabisch sprechende Migranten sind, wie bereits beschrieben, eine heterogene Gruppe. Da allerdings die Mehrzahl der arabisch sprechenden Bevölkerungen muslimischen Glaubens ist, erfolgt der Fokus auf muslimische Migranten, im Kontext möglicher Pflegehandlungen im Krankenhaus.

In den vorangegangenen Kapiteln wurden bereits das Gesundheitsverständnis und der Islam vorgestellt. Dem ist zu entnehmen, dass der Koran einige präzise Hinweise zum Verhalten bezüglich Gesundheitshaltung, sowie zu Hygiene, Ernährung, oder zum Umgang mit dem Körper gibt (Ilkilic 2002:22).

Der Körper kann für Muslime eine sehr private Zone darstellen, wobei Intimität und der Respekt anderer Menschen davor, einen hohen Stellenwert einnimmt. Von Bedeutung ist der Schutz des eigenen Körpers vor fremden Blicken, auch Konturen zu zeigen soll vermieden werden (Ilkilic 2002:80ff.). Vor allem aber soll der Intimbereich geschützt werden. Eine gleichgeschlechtliche Pflegeperson sollte die Versorgung übernehmen (Islamic Council of Victoria/ICV 2003). Häufig wird aber auch von den Patienten gewünscht, dass die Versorgung durch Angehörige erfolgt (Bose, von; Terpstra 2012:30). Der Körperkontakt sollte, wenn es möglich ist unterlassen werden. So kann zum Beispiel ein Händedruck die Schamgrenze überschreiten (Ilkilic 2002:79; Bose, von; Terpstra 2012:79), oder der Blick in die Augen als respektlos aufgefasst werden (Rassool 2015:5). Auch der Umgang mit Privatsphäre der Patienten hat einen hohen Stellenwert (Rassool 2015:1). Pflegekräfte können einen Beitrag zum Wohlempfinden des Patienten geben, indem sie kommunizieren Grenzen zu achten und wenn es nicht anders geht, mit höchster Sensibilität vorzugehen.

Des Weiteren soll bei der Körperpflege beachtet werden, dass es beim Waschen eine klare Reihenfolge geben kann, die optimaler Weise erfragt wird. Häufig ist ein Waschlappen nicht erwünscht, da Schmutz weiter über den Körper verteilt wird. Gewünscht sei meistens fließendes Wasser, oder ein Krug mit Waschschüssel am Bett (Bose, von; Terpstra 2015:32). Zu beachten ist, dass die linke Hand als unrein gilt und bei jeglichen Interventionen die Rechte zu bevorzugen ist (Rassool 2015:5). Das Wissen über rituelle Waschungen, die zum Beispiel vor dem Beten, oder nach der Periode, nach operativen Eingriffen, oder dem Kontakt mit Körperflüssigkeiten durchgeführt werden, sprengt an dieser Stelle den Rahmen, sollte aber im

Bewusstsein von Pflegekräften existieren und der persönliche Stellenwert sollte erfragt werden (Bose, von; Terpstra, 2012:31f.). Im Hinblick auf infektiöse Darmerkrankungen, sollte die Pflegekraft besonders aufmerksam sein, bei Patienten die sich nicht mehr selbst versorgen können. Die Waschungen im Zusammenhang mit Diarrhoen, können das Wohlempfinden des Patienten gegebenenfalls verbessern.

Ein weiterer kultureller Aspekt ist der Familienzusammenhalt und die Rolle der Familie für einen Erkrankten (Ott et al.2003:2). Die Familie, Freunde und Bekannte kommen in Zeiten der Krankheit zu Besuch, um Anteilnahme und Unterstützung auszuzeigen (Bose, von; Terpstra 2012:33), wie im Koran beschrieben steht. In einem einfühlsamen kultursensiblen Gespräch, kann die institutionelle Barriere der Besuchszeiten und Privatsphäre der Mitpatienten erläutert werden.

Häufig wird der Besuch mit der Gabe von Essen verbunden (ebd.). Das Angebot der gemeinsamen Essen, sollte von Seiten der Pflege bestehen. Ernährung hat häufig einen hohen Stellenwert, auch noch bei jüngeren Muslimen. Dem Koran zufolge, ist Alkohol und Schweinefleisch verboten (ICV 2003). Diesbezüglich, herrscht teilweise Misstrauen der muslimischen Patienten, gegenüber deutschen Krankenhäusern. Der Wunsch nach privat mitgebrachtem Essen sollte respektiert werden (Bose, von; Terpstra 2012:26). Liegen diätetische Beschränkungen vor, soll immer auch Aufklärung an die Angehörigen erfolgen. Dabei sollte die Bedeutung der Heilung im Zusammenhang mit der Ernährung erklärt werden und Möglichkeiten für schonende, auf die Erkrankung angepasste Lebensmittel vorgeschlagen werden. Es soll zu allen Zeiten Gesprächsbereitschaft von Seiten der Pflege bestehen. Auch auf Patienten und Angehörige zuzugehen kann sich positiv auf die Patienten/Angehörigen- Pflegebeziehung auswirken (Bose, von; Terpstra 2012:26). Im Idealfall ist der Ansprechpartner der oder die Familienälteste und stellt die Respektperson dar. Um die internen Hierarchien nicht zu beleidigen, sollte die Pflegekraft sich an diese Person wenden. (Bose, von; Terpstra 2012:62, 65). Die Erlaubnis dazu muss vorher vom Patient eingeholt werden. Die Pflege sollte bei Medikamenten, wie zum Beispiel Hustensaft auf die Inhaltsstoffe achten und auch bei anderen Medikamenten, zum Beispiel Injektionslösungen oder Tablettenkapseln wachsam sein (Bose, von; Terpstra 2012:83).

Abschließend ist festzuhalten, dass die Einhaltung der muslimischen Gebote je nach persönlichen Wertekonzept variieren (Bose, von; Terpstra 2012:62).

Welchen Stellenwert Religiosität für eine Person hat, müsse im Gespräch erfragt werden und sollte teamintern kommuniziert werden, um dem Patienten immer wiederkehrende Fragen zu ersparen. Kommunikative Fähigkeiten und einfühlsames Vorgehen sind erforderlich. Ebenfalls im Gespräch durch eine Pflegekraft zu erfragen ist das Allgemeinbefinden des Patienten. Um mögliche Missverständnisse in Kommunikation und Verständnis zu reduzieren, folgt ein Exkurs zu den „Culture-Bound-Syndromes“ und Spiritualität.

4.2.1 Exkurs: Culture- Bound- Syndromes und Spiritualität

Der Exkurs Culture- Bound- Syndromes und Spiritualität, beinhaltet zwei Verständnis- erweiternde Themenkomplexe für den Umgang von Pflegekräften mit arabisch- sprechenden Migranten.

Für jeden Patient- Pflegekontakt, nimmt das Erstgespräch eine besondere Position ein. Im Erstgespräch wird unter anderem erfragt, welche Bedürfnisse und Sorgen der Patient mitbringt. Beschreibungen zu Symptomen und den alltäglichen Lebensgewohnheiten müssen folgend auch hier von der Pflegekraft im transkulturellen Kontext betrachtet werden. Dazu kann das Wissen um die sogenannten „culture- bound-syndromes“ (im Folgenden: kulturgebundene Syndrome) (Stompe, Ritter 2014:120), einer Pflegekraft zu erweitertem Verständnis und interkultureller Kompetenz näherbringen.

Der Blick auf kulturgebundene Syndrome soll an dieser Stelle zum Verstehen der Interkulturalität in Bezug auf „arabischen Migranten“ beitragen. Der Begriff stammt aus der interkulturellen Psychiatrie und findet an dieser Stelle Erwähnung, weil die Symptomschilderung für Pflegekräfte relevant ist. Sie müssen aus den Schilderungen des Patienten einen Notfall erkennen, oder aber auch den Kontext von bildlicher Sprache in psychosoziale Bedürfnisse umdeuten können.

Innerhalb einer Kultur können Störungsbilder als Krankheit anerkannt sein, in einer anderen Kultur hingegen, werden sie nicht erkannt. Die von Patienten angegebenen Störungsbilder können Schmerzen, funktionelle Störungen, oder Verhaltensweisen sein, ohne biochemische Nachweisbarkeit (Stompe, Ritter 2014:120). Die Autoren Stompe und Ritter (2014) gehen davon aus, dass im psychotherapeutischen Setting „kulturelle[n] Ressourcen für eine Symptom- und Krankheitsbewältigung nicht unterschätzt werden.“ dürfen (Stompe, Ritter 2014:119).

Insbesondere für Pflegekräfte kann auch, das Hintergrundwissen um Formen der Somatisierung psychischer Leiden von Interesse sein. Dieses Forschungsgebiet

befindet sich in schnellem Wachstum und es gibt vermehrt Hinweise, dass sich Emotionen und soziale Faktoren, auf das physische Befinden auswirken (Koenig, Shohaib 2014:304). Somatisierung bedeutet, dass psychische Zustände in körperliche Beschwerden umgewandelt werden (zitiert nach Kleinmann 1987, in Stompe, Ritter 2014:118). Dies passiert besonders häufig, wenn durch eine Sprachbarriere komplexe innerpsychische Konstrukte nicht einfach in Worte gefasst werden können (ebd.). Dazu kommt, dass im biomedizinischen Gesundheitssetting wie zum Beispiel einem Klinikum, die sozialen Dimensionen häufig vernachlässigt werden, oder Patienten Stigmatisierung fürchten (Stompe, Ritter 2014:123). Oft kann ein „offenes Ohr“ helfen, Ängste abzubauen und Zugang zum sozialen und kulturellen Hintergrund des Patienten zu erhalten (ebd.).

Ein „offenes Ohr“ (ebd.2014:123) kann Pflegekräften im transkulturellen Kontext noch eine weitere Dimension aus Gesundheit und Krankheitsverständnis eröffnen. Die Dimension der Spiritualität (Koenig, Shohaib 2014:325). Spiritualität kann definiert werden, als eine offenere Dimension als die Religion. Eine Religion ist auf ein präzises Verständnis und zum Beispiel Gebote zurückzuführen. Spiritualität ist das Verständnis des Menschen, das sich oft aus Religion ableitet, aber nicht religiös sein muss.

Im Kapitel Pflege bei muslimischen Migranten, wird das Erkennen und Wissen um die Bedeutung von Phrasen wie „die Leber fällt“, erwähnt. Die Beschreibung deutet auf eine spirituelle Wahrnehmung des Patienten hin. Spiritualität im transkulturellen Kontext, sollte Studien zufolge im therapeutischen Setting stärkere Beachtung erfahren (Koenig, Shohaib 2014:325) und wird deshalb an dieser Stelle ergänzend aufgegriffen.

Musa et al. (2012) haben im Journal of Transcultural Nursing eine Studie vorgestellt. Es handelt sich um die Untersuchung des Einflusses von Religiosität und Spiritualität auf den selbstständig eingeschätzten Gesundheitszustand (engl.: Self-Rated Health/ SRH) jordanischer Erwachsener, mit christlich-arabischem Hintergrund. Das Ergebnis der Studie sagt aus, dass spirituelles Wohlempfinden und Religiosität in einem Zusammenhang mit dem selbst empfundenen Gesundheitszustand stehen. „[...] spiritual well-being and religiosity are positively associated with SRH [...] there is an indirect influence of religiosity and spiritual perspectives on SRH through spiritual well-being.“ (Musa et al 2012:5).

Die Studienergebnisse zu den arabischen Christen aus Jordanien, haben ein hohes Maß an Übereinstimmung mit vergleichbaren Studien bezogen auf Muslime und Spiritualität, wie Koenig und Shohaib (2014:325-334) herausgefunden haben. Die Empfehlungen ihrer Erkenntnisse zeigen auf, dass durch ein Assessmentinstrument die „spiritual history“ (Koenig, Shohaib 2014:328) im stationären Aufnahmeprozess erhoben werden könne. Mit den erhobenen Informationen solle sensibel und zielführend umgegangen werden. Kontakte zu muslimischen Geistlichen oder zu muslimischen Beratungszentren könne eine Institution des Gesundheitswesens einrichten, oder kann durch Personal hergestellt werden (Koenig, Shohaib 2014:332). Der Patient soll insgesamt in seinen spirituellen Bedürfnissen vom Personal unterstützt werden, da dies den Heilungsprozess fördern könne (Koenig, Shohaib 2014:333).

Abschließend zu beschriebenem Kapitel ist festzuhalten, dass die Pflege bei arabisch-sprechenden Migranten mit infektiösen Darmerkrankungen eine erweiterte Kompetenz und Wissen benötigt. Der Zusammenhang spezifiziert die Pflege bezüglich der transkulturellen Kompetenzen.

5 Diskussion

In der vorliegenden Arbeit, ist die Transkulturalität dargestellt. Das Interesse zu einem anderen Kulturraum und daran angeglichene Pflege stehen im Zusammenhang mit den Fragestellungen. Der Titel der Arbeit *„Pflege arabisch sprechender Migranten mit infektiösen Darmerkrankungen“* soll in der Diskussion reflektiert betrachtet werden. Die Gesamtbetrachtung des Themas, sowie die einzelnen Aspekte welche zur Erklärung dargelegt wurden, werden erfasst.

Die soziologische Erklärung von Kultur bildet hierbei das fundamentale Verständnis von Pflege im transkulturellen Kontext. Dabei sind Offenheit und Flexibilität in Bezug auf Kultur grundlegend. Da es für eine offene Grundhaltung, ebenso wie für eine Kultur kein Rezept gibt, wird an dieser Stelle kein spezifisches Modell vorgestellt. Vielmehr ist das Pflegeverständnis von Domenig (2001) als leitend zu betrachten. Die vorrangegangenen Kapitel stellen dar, welchen kulturellen Hintergrund arabisch sprechende Migranten mit ins pflegerische Setting bringen und was transkulturelle Pflege bedeuten kann. Dazu wurde ein Teilbereich des arabischen Raumes

beschrieben und die Entwicklung der transkulturellen Pflege. Die Kapitel werden folgend einer kritischen Betrachtung unterzogen.

Der dargestellte Aufbau der Arbeit zeigt, dass die Herausforderung für die Pflege, arabisch sprechende Migranten betreffend, so vielfältig sein kann, wie die politische und gesellschaftliche Herkunftsregion. Ein arabisch sprechender Migrant, kann daher nicht einseitig betrachtet werden, sondern fordert wie auch alle anderen Patienten eine individuelle Interaktion. Die Interaktion steht im Zusammenhang mit seinen persönlichen Werten und gesellschaftlichen Normen. Der Bezug auf diese individuellen Aspekte des persönlichen Selbstverständnisses findet sich sowohl im Kodex des ICN, wie in der Einleitung beschrieben und zieht sich gleichzeitig durch die gesamte Arbeit. Um einen Teilaspekt, die Religion dar zu stellen, ist die Pflege bei muslimischen Patienten in den Fokus gerückt worden. Der Grund hierfür ist, die zahlenmäßige Ausbreitung des Islam im arabischen Raum und zusätzlich ist es die zweitgrößte religiöse Vertretung in Deutschland. Die Anwendung der Pflege auf infektiöse Darmerkrankungen wurde daher im Zusammenhang mit den Bedürfnissen muslimischer Patienten gestellt. Reflektiert zu betrachten ist dieser Abschnitt deshalb, weil es wie im Kapitel "Islam" beschrieben steht, eine breite Diversität an abgespalteten muslimischen Glaubensgemeinschaften gibt. Auch Christen und Juden, oder unreligiös orientierte Personen, hätten an dieser Stelle Beachtung finden können, was allerdings den Rahmen der Arbeit gesprengt hätte. Das anschließende Kapitel über Pflege bei muslimisch arabischen Migranten, sowie die Einführung zum arabischen Raum, ist im Hinblick auf den Kulturbegriff nach Geertz (1996) und dem transkulturellen Pflegekonzept nach Domenig (2001) zu hinterfragen. Der Gedanke war es, Hintergrundwissen darzustellen und zu erläutern, durch welche Bedingungen des Herkunftslandes die arabischen Migranten geprägt sind und mit welchen Annahmen seitens der Migranten es Pflegende demnach zu tun haben. Die Darstellung über den östlichsten Teil des arabischen Raumes hat aber schon gezeigt, dass eine vollständige Übersicht, jeglichen Rahmen sprengen würde und dass die ethnische und kulturelle, die religiöse und sprachliche Vielfalt so umfassend ist, dass kaum ein Stereotyp daraus abgeleitet werden kann, der hilfreich wäre. Es zeigt auch, dass es unmöglich ist, sich zu jeder Kultur Hintergrundwissen anzueignen, um gezielt auf Patienten eingehen zu können.

Dazu führt auch die Schlussfolgerung von Dreißig (2005), wonach es mehr Sinn mache sich auf kommunikative Strukturen zu konzentrieren, anstatt jede Kultur mit ihren sozialen, politischen und ökonomischen Bedingungen zu kennen. Das sei nicht notwendig, denn das Klinikpersonal solle den Patient ganzheitlich betreuen (Dreißig 2005:235). Der Fokus auf eine bestimmte Kultur kann den freien Blick auf das Individuum gefährden. Aus dem Grund, da jede Kultur einem stetigen Wandlungsprozess unterliegt. Sich daher an der Individualität und den menschlichen Bedürfnissen zu orientieren ist zielführender, als zu stark auf kulturelle Erklärungsansätze menschlichen Verhaltens einzugehen. Wie eingangs erwähnt, konstruiert sich jede Person ihr eigenes Weltbild. Es gehe im Endeffekt nicht darum, dass es die totale Toleranz gebe, sondern vielmehr um wohlwollende Neugier und interessiertes Nachfragen, wenn Verhalten nicht verstanden werde (Dreißig 2005:235). Trotz allem ist das erarbeitete Hintergrundwissen zum arabischen Kulturraum ein Beitrag im Prozess des Verstehens und des Vertraut Werdens mit arabisch sprechenden Migranten.

Hierbei muss die von Pflegekräften häufig präsentierte „professionelle Distanz“ überwunden werden (Domenig 2001:38, 205f.). Die als deutsche Eigenschaft wahrgenommene Distanz, kann von Migranten als kühl interpretiert werden (Dreißig 2005:163f.). Um professionelle Distanz zu reflektieren, empfiehlt Domenig (Domenig, Cattacin 2015:80) Seminare. Die Seminare zu Selbstreflexion und Kommunikation können auch interdisziplinär angeboten werden. Aus diesem Vorschlag des Weiterbildungsangebotes führt Domenig (Domenig, Cattacin 2015) weiter aus, lasse sich auch eine Konsequenz für das Personalmanagement ableiten. Es könne bei der Auswahl von Personal und Teamzusammensetzungen darauf geachtet werden, dass möglichst viele Sprachen und lebensweltliche Diversitäten vertreten sind. Dies führe zwar nicht zwangsläufig zu einem humanitären, kultursensiblen und offenen Verhalten, kann aber die genannten Dimensionen fördern. So gibt im Interview eine Personalverantwortliche Person an, sie brauche Pflegefachkräfte, die fähig seien ihre eigenen Moralvorstellungen überwinden zu können (Domenig, Cattacin 2015:81).

Der Schluss daraus ist, dass auch strukturelle Rahmenbedingungen im transkulturellen Kontext eine Rolle spielen. Auch auf organisatorischer Ebene bestehen demnach Handlungsmöglichkeiten für transkulturelle Entwicklungen im Gesundheitswesen. So auch im Bereich der Ausbildung, wo von Beginn an

transkulturelle Kompetenzen gefördert werden sollten. Auch die Implikation dieser Fähigkeit sollte explizit im Ausbildungsgesetz verankert werden.

Erlernen Pflegekräfte durch die Fähigkeit des wohlwollenden und interessierten Nachfragens, einen Einblick in das Selbstverständnis eines Patienten zu bekommen, so kann im Weiteren auch ein „offenes Ohr“ (Stompe und Ritter 2014:123) in Bezug auf das Gesagte von Bedeutung sein. Im Kapitel „Culture-bound Syndromes“ wird beschrieben, dass Pflegekräfte durch das Wissen um die Präsentation von Symptomen, eine zusätzliche transkulturelle Kompetenz erlangen können, die im hiesigen biomedizinischen geprägten Gesundheitsverständnis häufig missachtet wird.

Es ist schlussendlich nicht bedeutsam, ob ein Verhalten oder Symptom medizinisch erklärbar ist, sondern ob Gesundheitspersonal mit transkultureller Kompetenz eine gelungene Behandlung leisten kann. Es könnte und sollte Teil der Pflegekompetenzen sein, sich mit Symptompräsentation auf transkultureller Ebene zu befassen. Pflege ist „direkt am Bett“ und meist als Erste beim Patienten, wenn dieser eine Veränderung seines Befindens angibt. Hier ist von einer Pflegekraft gefordert, eine Einschätzung und eine Entscheidung zu treffen, die den weiteren therapeutischen Verlauf beeinflussen kann. Das Wissen, dass kultureller Einfluss nicht nur auf Verhalten, sondern auch auf die Präsentation von Symptomen wirken kann erweitert den Blick auf den Zusammenhang von Körper und Psyche.

Auch die Spiritualität, die Studien zu folge Beachtung in der Pflege bei muslimischen Patienten integriert werden könnte, wurde zum erweiterten Verständnis aufgeführt. Nur durch erweiternde Aspekte, kann sich ein ganzheitlicher Blick auf den Patienten entwickeln.

Zum Absatz der Spiritualität ist weiter zu beachten, dass es der einzige direkte Vergleich in der beschriebenen Arbeit zwischen einer muslimisch und einer christlich geprägten Kultur darstellt. Ein umfassender Vergleich zwischen den Kulturen der westlichen und östlichen Welt, hätte eine weitere transkulturelle Öffnung dieser Arbeit darstellen können. Doch wurde der Fokus auf die Haltung der Pflegenden gesetzt. Jedoch ist festzuhalten, dass durch einen Vergleich zwischen den Religionen des westlich und des östlich geprägten Kulturraumes, das „Wir und die anderen“ einen höheren Stellenwert erhalten hätte Der Blick wäre in Richtung der binären Codierungen „verrutscht“, wie in Kapitel 3. Erwähnt wurde. Das soll

vermieden werden. Binäre Codierungen, legen dar, dass der Mensch stets nach Orientierung für sein eigenes Wertesystem sucht und daher unbewusst Kategorien bildet. Wer fremd und eigen einordnen kann, hat Sicherheit. Beschränkt sich aber gleichzeitig in seiner Wahrnehmung. Dazu muss durch Selbstreflexion hinterfragt werden, was für mich selbst als falsch und als richtig gilt, ebenso wie das Bewusstsein, dass es so viele Wahrheiten auf der Welt, wie Menschen gibt. Es besteht daher kein Falsch und kein Richtig im transkulturellen Kontext. Der Übergang von Bekanntem zu Fremdem soll durch Interesse und Wohlwollen geführt werden.

Die Kulturbetrachtung nimmt dabei den Schwerpunkt ein. Die Kultur ist ein dynamischer Prozess, der sich in einem ständigen Wandel befindet. Der Prozess wird individuell geführt und ist somit ein Zusammenspiel aus persönlichen Annahmen und Sichtweisen und den Einflüssen der Umwelt, wie Gesellschaft, Politik und sozialen Normen. Einen Hinweis zur verstärkten Implikation der Soziologie in die Pflegewissenschaften, gibt die Studie der britischen Pflegewissenschaftlerinnen Edwards und Titchen (2003), *Research into patients' perspectives: relevance and usefulness of phenomenological sociology*. Edwards' und Titchens' (2003) Studie zufolge ist die phänomenologische Soziologie in der Pflegewissenschaft gutbegründet anzuwenden. Pflege befasst sich mit dem Individuum. Ein Individuum setzt seine Handlungen aus Erfahrung, der Reaktion darauf und der anschließenden Interpretation zusammen (Porter, Ryan 1996:413). Der Gesamtkomplex daraus bildet Erwartungen, Annahmen und Einstellungen, die im pflegerischen Kontext zum Ausdruck kommen (Edwards, Titchen 2003:450-459). Da Personal häufig intuitiv vorgeht, kann die Wissenschaft an dieser Stelle Forschungsergebnisse einbringen. Auf Grund der Komplexität sozialer Interaktionen und den dahinterstehenden Einstellungen einer Person, bietet die Soziologie hier einen hilfreichen Ausgangspunkt. Im Vergleich zu quantitativen, kategorisierten Studien, kann unter Berücksichtigung der soziologischen Betrachtung einer Studie, angemessener auf persönlich gestellte Dynamiken eingegangen werden. Soziologie schafft ein methodisches Bewusstsein, dass wissenschaftliche Erkenntnisse in der Pflege viel expliziter trifft, als quantitative Methoden. Der Blick in künftige Forschungen ist deshalb im qualitativen Bereich anzustreben. Dies könnte den Spalt zwischen oft kategorisierter Wissenschaft und komplexer, variabler Vielfalt der Praxiswelt verringern (Porter, Ryan 1996:413).

Die Auseinandersetzung mit Soziologie und der Kulturwissenschaft in Bezug auf die Pflege, hat zur Erkenntnis geführt, dass transkulturelle Kompetenz der Pflegekräfte nicht daraus bestehen kann, Handlungsempfehlungen zu verfassen und anzuwenden, sondern dass die gesamte Haltung einer Pflegekraft transkulturelle Kompetenz vermitteln muss. Um eine innere Haltung zu entwickeln, ist die Soziologie ins Blickfeld gezogen worden, da das Hinterfragen von subjektiven Meinungen und sozialen Zuständen reflektiert bearbeitet wird.

Um abschließend auf das Thema der Arbeit einzugehen, ist zu sagen, dass der Titel den Bezug zur Soziologie nicht verlauten lässt. Es scheint sich um Kommunikation in arabischer Sprache und infektiöse Darmerkrankungen als Schwerpunkt zu handeln. Die vorgelegte Arbeit bezieht sich schlussendlich darauf, die genannten Themenbereiche erweiternd zu betrachten und ein Grundverständnis zu entwickeln. Wenn ein reflektiertes Grundverständnis besteht, kann der Umgang mit Migranten und Erkrankungen auf vielfältigste Kulturen angewendet werden. Es wurde also ausgehend von arabisch sprechenden Migranten, ein Blickfeld erweiterter Ansatz gefunden, der auf mehr als eine Kultur anzuwenden ist.

Die Thematisierung von Kultur soll deutlich machen, dass die Denkweise und das Interesse an einer „anderen“ Kultur ein Ausgangspunkt der Arbeit darstellen. Das Erkenntnisinteresse besteht somit auch am Kulturbegriff und kann zielführend in der Auseinandersetzung für Pflegenden im Kontakt zu arabisch sprechenden Migranten sein.

5.1 Ergänzung: Limitation

In der vorliegenden Arbeit ist zu erkennen, dass der Einfluss deutschsprachiger, empirischer Literatur nur beschränkt vorhanden ist, da die Recherche wenige anwendbaren Ergebnisse erzielt hat. Es ist zu beachten, dass aufgrund der zeitlichen Kapazität es sein kann, dass Literatur übersehen wurde. Im Weiteren besteht Kritik an der englischsprachigen Literatur. In eine Studie aus den USA, die transkulturelle Kompetenzen untersucht, fließt der pflegfachliche und gesellschaftliche Hintergrund der USA mit ein. Die Übertragung auf den deutschen Raum, ist somit unverhältnismäßig. Auch der kulturelle Hintergrund der Autoren bei der Darstellung von empirischer Forschung, sollte Beachtung finden, oder zumindest ein soziologisches Grundverständnis dargelegt werden. Das individuelle Wertesystem ist im transkulturellen Kontext von Bedeutung. Die Literatur zu muslimisch-

arabischen Pflegehandlungen, ist überwiegend aus dem Kontakt mit türkischen Patienten übernommen. Das stellt Tendenzen in der Pflege von Muslimen dar, kann aber nicht unreflektiert auf arabisch sprechende Migranten übertragen werden. Des Weiteren, wurden Aspekte wie Migration, Akkulturation nicht mit aufgenommen, was das Verständnis für arabischen Migranten hätte erweitern können. Wie bereits begründet, bringen Migranten diverse Aspekte mit in den pflegerischen Kontext. Der hier vorgelegte Ansatz der Pflege, bezieht sich demnach nicht auf alle Einzelfaktoren, sondern auf das Gesamtverständnis und den Umgang mit dem komplexen Konstrukt. An dieser Stelle muss auch der Aspekt Kommunikation erwähnt werden, der eine eigenständige Arbeit hätte füllen können, aber keinen Hauptbestandteil dieser Arbeit bildet. So auch die Betrachtung von Ethik und Entscheidungsfindung im transkulturellen Kontext, die eine Erweiterung des Verständnisses hätte bilden können, oder die vielfältigen Ideen zum Erlernen von transkultureller Kompetenz im Bereich der Aus- und Weiterbildung.

5.2 Fazit

Den Möglichkeiten für Pflegende bei arabisch sprechenden Migranten mit infektiösen Darmerkrankungen wurde sich über die Herangehensweise der soziologischen Betrachtung angenähert. Durch die Darstellung des arabischen Raumes und des Verständnisses von Gesundheit, wurde versucht, Herausforderungen für die Pflege abzuleiten.

Es stehen im Aufbau der Arbeit nicht einzelne Interventionen im Fokus, sondern die Entwicklung eines Verständnisses von transkultureller Pflege. Die Erkenntnis, dass der Versuch einen hilfreichen Stereotyp darzustellen sinnlos ist und es demnach keine Orientierungspunkte geben kann, hat sich eingestellt. Die ursprüngliche Annahme, es könne eine Handlungsanweisung, speziell zu arabisch sprechenden Migranten mit infektiösen Darmerkrankungen geben, hat sich gegensätzlich erwiesen. Daher soll der Begriff arabisch sprechender Migrant hiermit aufgelöst werden. Es ist nicht in erster Linie von Bedeutung, welche Erkrankung, oder welches Herkunftsland bestehen sondern den Zugang zu finden und das Interesse an transkulturellen Prozessen, wie es in dieser Arbeit vorgelegt wurde. Der Weg über die Soziologie hat meinen Blick transkulturell und pflegefachlich erweitert.

Über diese Herangehensweise kann Wissenschaft in der Pflege zu neuen Erkenntnissen führen und in Übertragung auf das Praxisfeld die Kompetenz von Pflegenden neu positionieren.

Literaturverzeichnis

Al-Omar, Abdul Rahman Ben Hammad, *The Religion of Truth*. Riyadh: The General Presidency of Islamic Researches 1991, S. 27

Andrews, M., Backstrand, J. R., Boyle, J.S., Campinha- Bacote, J., Davidhizar, R. E., Doutrich, D., Echevarria, M., Newman Giger, J., Glittenberg, J., Holtz, C., Jeffreys, M. R., Katz, J. R., McFarland, M. R., McNeal, G. J., Pacquiao, D. F., Papadopoulos, I., Purnell, L., Ray, M. A., Sobralske, M. C., Spector, R., Yoder, M., K., Zoucha, R. (2010): Foundations of Transcultural Nursing and Health Care, Chapter 3 - *Theoretical Basis for Transcultural Care*. In: Journal of Transcultural Nursing. 21/1, S.53- 136

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge/ Bamf (2016) [online]
PDF:<http://www.bamf.de/SharedDocs/Meldungen/DE/2016/201610106-asylgeschaeftsstatistik-dezember.html>, [06.04.2016]

Bierhoff, H.-W., Frey, D. (2011): *Sozialpsychologie- Individuum und soziale Welt*. Hogrefe GmbH& Co.KG., Göttingen u.a.

Bose von, A., Terpstra, J. (2012): *Muslimische Patienten pflegen- Praxisbuch für Betreuung und Kommunikation*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg

Bundesamt für politische Bildung/ bpb (2012): *Religionszugehörigkeit Anteile der Gesamtbevölkerung, 2010* [online]
PDF:<file:///C:/Users/lch/AppData/Local/Temp/13%20Religionszugehörigkeit.pdf>, [18.04.16]

Domenig, D. (2001): *Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz*. 1. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern,

Domenig, D. (Hrsg.) (2007): *Transkulturelle Kompetenz, Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage
Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern.

Domenig, D., Cattacin, S. (2015): *Gerechte Gesundheit- Grundlagen- Analysen- Management*. Hogrefe Verlag, Bern

Dornheim, J. (1999): *Zur Bedeutung kultureller Codierungen, in Pflegepraxis, Pflegeforschung und Pflegewissenschaft – Bausteine eines kritischen Kulturkonzeptes*. In: *Pflege- Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe*. Nr.12/5, Verlag Hans Huber, S. 295- 307

Dreißig, V. (2005): *Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus- Eine Studie zur Interaktion zwischen Klinikpersonal und Patienten mit Migrationshintergrund*. Transcript Verlag, Bielefeld

Edwards, C., Titchen, A. (2003): *Research into patients' perspectives: relevance and usefulness of phenomenological sociology*. In: *Methodological Issues in Nursing Research*, 1./03, Blackwell Publishing Ltd

Geenen, E., M. (2005): *Fremdheit und Pflege*. In: *Soziologie der Pflege- Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven, Grundlagentexte Pflegewissenschaft*. Schroeter, K., R., Rosenthal T. (Hrsg.), S. 339-358

Geertz, C. (1996): *After the Fact. Two Countries, Four Decades, One Anthropologist* By the President and Fellows of Harvard College (Hrsg.), Harvard

Gregg, G., S. (2007): *Culture and Identity in a Muslim Society – Culture, Cognition, and Behaviour*. Oxford University Press, Oxford

ICN Ethikkodex für Pflegende 2006, Seite 1, [online]

PDF:<http://www.deutscher-pflegerat.de/Downloads/DPR%20Dokumente/ICN-Ethik-E04kl-web.pdf>, [06.04. 2016]

Ilkilic, I. (2002): *Der muslimische Patient- Medizinische Aspekte des muslimischen Krankheitsverständnisses in einer wertpluralen Gesellschaft*. LIT Verlag, Münster u.a.

Islamic Council of Victoria/ICV (2003) *Caring for Muslim Patients – A Guide for Health Care Professionals and Pastoral Carers* [online]
PDF:file:///C:/Users/lch/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/QV0RFE50/caringformuslimpatients.pdf, [27.04.2016]

Kirchmeier, S., Uzarewicz, C., Klein, H., Kutschke, T. (2003): *Kollektivistische und individualistische Dimensionen in den Grundlagen kultursensibler Pflege und Gesundheitsförderung*. In: *Pflege & Gesellschaft*, Nr.8/1, BeltzVerlag Juventa, Weinheim, S.3-10

Koenig H.G., Al Shohaib S. (2014): *Health and Well-Being in Islamic Societies - Background, Research, and Applications*. Springer Cham Heidelberg u.a.

Kopp, J., Steinbach, A. (2016): *Grundbegriffe der Soziologie*. Springer VS (Hrsg.), 11. Auflage, Wiesbaden

Lenthe, U. (2011): *Transkulturelle Pflege- Kulturspezifische Faktoren erkennen - verstehen - integrieren*. Facultas Verlags- und Buchhandels AG (Hrsg.), 1. Auflage, Wien

Maier-Lorentz, M.,M. (2008): *Transcultural Nursing: Its Importance in Nursing Practice*. *Journal of Cultural Diversity*, Nr.1/15, Tucker Publications, S. 37- 43.

Musa, A. S., Pevalin, D. J., Shahin, F. I. (2015): *Impact of Spiritual Well-Being, Spiritual Perspective, and Religiosity on the Self-Rated Health of Jordanian Arab Christians*. *Journal of Transcultural Nursing*, 5/15, Elsevier, S.1-8.

Musa, M., Pevalin, D. J. (2012): *An Arabic version of the Spiritual Well-Being Scale*. *International Journal for the Psychology of Religion*. 22/2 , S.119- 134.

Narayanasamy, A., White, E. (2004): *A review of transcultural nursing*. In: Nurse Education Today. Nr.9, S.102-111.

Ott, B.; Al-Khadhuri, J., Al- Junaibi, S. (2003): *Preventing Ethical Dilemmas: Understanding Islamic Health Care Practices*. In: Medscape 29/3, S.1-3 [online] PDF:http://www.medscape.com/viewarticle/457485_2, [30.03.2016]

Özge, U., Sevinc, S. (2015): *The Relationship between cultural sensitivity and perceived stress among nurses working with foreign patients*. In: Journal of Clinical Nursing, Nr. 12982, John Wiley& Sons Ltd.

Porter, S., Ryan, S. (1995): *Breaking the boundaries between nursing and sociology: a critical realist ethnography of the theory- practice gap*. In: Journal of Advanced Nursing, Nr.24, Blackwell Science Ltd., S.413- 420.

Price, K. M., Cortis, J. D. (2000): *The way forward for transcultural nursing*. Nurse Education Today, 20/9. S. 233-243

Pulsfort, E. (2010): *Herders neuer Atlas der Religionen*. Verlag Herder GmbH Freiburg im Breisgau

Rassool, H., G. (2015): *Cultural Competence in nursing Muslim patients*. In: Nursing Times, 111/14, S.12-15.

Rawaf, Salman (2004) *Public Health Functions and Infrastructures in the MENA/EM Region*, in *Public Health in the Middle East and North Africa – Meeting the Challenges of the Twenty-first Century*, The International Bank for Reconstruction and Development /The World Bank (Hrsg.), Nr. 29163, S. 25-39.

Rezapour, H., Zapp, M. (2011): *Muslime in der Psychotherapie- Ein kultursensibler Ratgeber*. Vandenhoeck & Ruprecht GmbH &Co. KG, Göttingen

Robert- Koch- Institut/ RKI Februar 2016, [online]

PDF:http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/A/Asylsuchende/Inhalt/meldepflichtige_Infektionskrankheiten_bei_Asylsuchenden.pdf?__blob=publicationFile, [6.4.2016]

Rosiny, S. (2013): Bundesamt für politische Bildung/bpb: *Informationen zur politischen Bildung*. Nr. 317 [online]

PDF:<http://www.bpb.de/izpb/156585/kulturen-und-religionen?p=0>, [27.04.2016]

Sadrizadeh, B. (2004) *Strengthening Primary Health Care in the Islamic Republic of Iran*. In: Public Health in the Middle East and North Africa – Meeting the Challenges of the Twenty-first Century, The International Bank for Reconstruction and Development /The World Bank (Hrsg.), Nr. 29163, S.115-125.

Schulz von Thun, F. (Hrsg.), Kumbier, D. (2014): *Interkulturelle Kommunikation: Methoden, Modelle, Beispiele*. 7. Auflage, Rowolth Taschenbuchverlag, Hamburg

Steinbach, U. (2015): *Die arabische Welt im 20. Jahrhundert -Aufbruch-Umbruch-Perspektiven*. W.Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Stompe, T., Ritter, K. M. (Hrsg.) (2014): *Krankheit und Kultur - Einführung in die kulturvergleichende Psychiatrie*. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft GmbH & Co.KG, Berlin

Taheri, N. (2008): *Health Care in Islamic History and Experience*. In: EthnoMed [online]

PDF:<https://ethnomed.org/cross-cultural-health/religion/health-care-in-islamic-history-and-experience/?searchterm=None>, [30.03.2016]

Thomas, A. (1996): *Analyse der Handlungswirksamkeit von Kulturstandarts*. Psychologie interkulturellen Handelns. Hogrefe Verlag, Göttingen:

Werder, H., Lauber, A. (Hrsg.), (2014): *Bedrohte Werte? Euroopa und der Nahe Osten unter Globalisierungsdruck*. vdf Hochschulverlag AG an der ETH Zürich

World Health Organization/WHO (2014): *Regional Office for the Eastern Mediterranean – WHO Response to the Conflict in Syria* [online]
PDF:file:///E:/SituationReport_20140615.pdf, [19.04.2016]

World Health Organization/WHO (2015a): *Regional Office for the Eastern Mediterranean- Health System, Country Profile* [online]
PDF:file:///C:/Users/lch/Downloads/Country_profile_2015_EN_16722.pdf,
[19.04.2016]

World Health Organization/WHO (2015b): *Regional Situation Report, December 2015* [online]
PDF:file:///E:/Revised_WHO_SitRep_December2015.pdf, [04.04.2016]

World Health Organization/WHO (2015c): *Eastern Mediterranean Region, Framework for health information systems and core indicators for monitoring health situation and health system performance* [online]
PDF:file:///C:/Users/lch/Downloads/EMROPUB_2015_EN_1904.pdf, [19.04.2016]