

Pflegekundige Sorge

Wilfried Schnepf

Die einen sehen in ihr die Grundlage pflegekundigen Handelns, andere bestreiten zumindest, daß sie als Grundlage professionellen Tuns dienen kann. Die Rede ist von Care, also Sorge, genauer gesagt: pflegekundiger Sorge – ein Gegenstand, der in Deutschland nicht nur terminologisch erst wenig „begriffen“ worden ist.

Einige Überlegungen vorab

Auch wenn im angloamerikanischen Raum unterschiedliche Sichtweisen und Positionen zu den Begriffen *care* und *caring* existieren, verwenden unsere englischsprachigen Nachbarn diese Begrifflichkeiten offensichtlich ohne größere Probleme zur Beschreibung ihres professionellen Tuns. Ähnliches kann auch im niederländischen Sprachgebiet beobachtet werden; *zorg* und *zorgen* sind auch hier alltäglich verwendete Begriffe aller helfenden Berufe. Demgegenüber beschränkt man sich in den deutschsprachigen Ländern innerhalb der Pflegekunde auf den Begriff „Pflege“. Bei Übersetzungen aus dem Englischen oder Niederländischen wird dann notgedrungen aus *care* und *zorg* „Pflege“. Dieses undifferenzierte Vorgehen ist schon deshalb nicht unbedenklich, da es im Englischen und Niederländischen ein besseres Äquivalent für das unspezifische deutsche Wort „Pflege“ gibt¹, nämlich *nursing* bzw. *verpleging*. Bereits die Gleichsetzung von „Pflege“ mit *caring* bzw. *zorgen* unterschlägt existierende Bedeutungsunterschiede – während das deutsche Wort „Pflege“ laut Hatinga Verschure (1977, S. 37) den Nachdruck stärker auf dem Sorgfältigen, dem Genauen und Beherrschbaren legt, betont *caring* bzw. *zorgen* stärker die emotionalen Anteile, das Sich-Zuwenden. Noch problematischer sind die deutschsprachigen Übersetzungen von *nursing care* bzw. *verpleegkundige zorg*; aus *nursing/verpleging* wird „Krankenpflege“ und aus *care/zorg* wird „Pflege“. Die Differenz zwischen (*nursing/verpleging*) und (*caring/zorgen*) wird also ausgeblendet.

Warum man sich in der deutschsprachigen Pflegekunde (im Gegensatz zur Sozialarbeit) mit dem Begriff „Sorge“ so schwer tut, bleibe neugierigen ForscherInnen überlassen. Wie wichtig es jedoch für die Pflegekunde ist, sich mit Inhalt und Begriff von „Sorge“ auseinanderzusetzen, soll dieser Artikel in Grundzügen aufzeigen.

Menschliche Sorge als Grundlage professioneller Pflegekunde

Innerhalb der englischsprachigen und auch niederländischen Pflegekunde wird Sorge bei vielen KollegInnen als Grundlage für die eigene Profession gesehen. Man kann durchaus von einer bestimmten „Schule“ innerhalb der professionellen Entwicklung sprechen. Benner und Wrubel (1989), Leiniger (1991), Watson (1988) sowie Paterson und Zderad (1988) sind nur die bekanntesten Pflege-theoretikerInnen, die davon ausgehen, daß *human care* die Essenz der Pflegekunde darstellt. Letztendlich gründen diese Theorien auf der philosophischen Annahme, daß die Beziehung des Menschen mit der Welt und den Dingen und Menschen in dieser Welt, sowie die Beziehung zu sich selber auf Sorge basiert. In ihrer im englischen Sprachraum vielbeachteten Analyse von *caring* als ein Konzept von *nursing* geht Griffin (1983) vom Heidegger'schen Begriff der Sorge aus.²

Für Griffin (1983) beinhaltet *caring* neben moralischen und sozialen Ideen zwei sich komplementär zueinander verhaltende Dimensionen, nämlich „activities“ sowie „attitudes and feel-

ings“³. Die Dimension der Aktivitäten wird laut Griffin u.a. als Hilfe, Unterstützung übersetzt und vollzieht sich in der Beziehung zwischen Patient und Pflegekundigem.

Dies bedeutet allerdings nicht, daß jede Beziehung, jeder Kontakt sorgend ist. Wesentlich ist die Frage, wer Patient und Pflegekundige sind, was sie mitbringen, wodurch sie gekennzeichnet sind. Wie sollen Pflegekundige sorgen, wenn sie sich ihrer selbst nicht bewußt sind? Was heißt es, Patienten als „ganze Menschen“ wahrzunehmen, wenn sich Pflegekundige selber nicht als solche wahrnehmen, was kennzeichnet den Menschen, der *caring* durch Pflegekundige erfährt?

„Who is the patient? Before becoming a patient he or she was, we must imagine, an autonomous person, responsible for his own actions and with a claim to be treated humanly as an end in himself not manipulated as a means to an end. On becoming a patient this autonomy is temporarily relinquished, which may engender a loss of dignity. So a patient needs emotionally, morally, to be recognized for what he was and hopes to become again.“ (Griffin 1983, 291)

Nach Griffin (1983) macht erst eine auf Emotion und Verständnis beruhende Beziehung dieselben zu sorgenden Beziehungen. Dabei geht es es um eine einführende Perspektive der Pflegekundigen. Allerdings warnt Griffin davor, den Pflegekundigen grenzenlos bestimmte Qualitäten abzufordern – im Gegenteil. Bewußt meidet sie den Begriff der „Empathie“, dem ihrer Ansicht nach ein zu anspruchsvolles Konzept in Bezug auf

die Persönlichkeit der Helfenden zugrunde liegt. Auch wenn in der angloamerikanischen Pflegekunde davon ausgegangen wird, daß *caring* sich in der Art der Beziehung manifestiert, besteht keinesfalls Einigkeit darüber, ob *caring* ausschließlich mit Beziehung zu tun hat.

In einer Untersuchung der Arbeiten von 25 Pflgeetheoretikerinnen, die sich implizit oder explizit auf *caring* beziehen, stellen Morse *et. al.* (1990) fest, daß sehr verschiedene Sichtweisen von *caring* als Konzept existieren. Morse *et. al.* konnten fünf Kategorien von *caring* isolieren: nämlich (1) Human trait, (2) Affect, (3) Moral Imperative, (4) Interpersonal Interaction sowie (5) Therapeutic Intervention. Daneben wurden zwei *outcomes of caring* isoliert, nämlich (1) "Patients Subjective Experiences" sowie (2) "Patients Physical Response".

Die in der aufwendigen Arbeit von Morse *et. al.* konstatierte Diversität, ja Widersprüchlichkeit der Sichtweisen zum *caring*-Konzept resultiert m.E. fast zwangsläufig aus der Überdehnung des Ansatzes. Viele AnhängerInnen des Konzepts versuchen kaum weniger, als ein allgemein menschliches Phänomen zur Erklärung quasi aller Fragen in der Pflegekunde heranzuziehen.

Bedeutung und Erleben von caring

Wie wird nun *caring* in der Wirklichkeit erlebt und gedeutet? Fosbinder (1994) ist mittels qualitativer ethnographischer Forschung der Frage nachgegangen, was "quality nursing care" für Patienten bedeutet. Durch einen konstanten Vergleich der Daten und der vorläufigen analytischen Notizen von 61 Interviews und 146 teilnehmende Beobachtungen bei chirurgischen Patienten sowie von 24 Interviews und 99 Beobachtungen bei nicht-chirurgischen Patienten (insgesamt partizipierten 40 KrankenhauspatientInnen und 12 weibliche Nurses an der Studie) entwickelte Fosbinder ihre Hauptkategorie "interpersonal competence". Innerhalb dieser Hauptkategorie wurden vier Prozesse

beschrieben: (1) Translating, (2) Getting to know you, (3) Establishing trust sowie (4) "Going the extra mile".

Interessant an der Studie von Fosbinder (1994) ist zunächst einmal, daß nicht *caring* der Ausgangspunkt ist, sondern „Zufriedenheit“ (wobei sich ergänzen ließe, daß Fosbinder massive Kritik an den üblichen Vorgehensweisen zur Messung von Zufriedenheit übt).

Es ist wohl dem typisch offenem ethnographischen Design ihrer Studie zu verdanken, daß Fosbinder nicht etwa über die Qualität des Essens, die Wohlerzogenheit der Pflegekundigen oder die Häufigkeit des Händewaschens redet (was durchaus alles wichtig sein kann), sondern daß sie die interpersonale Kompetenz der Pflegekundigen in den Mittelpunkt von nursing care rückt. "Going the extra mile" bedeutet z.B. nichts Geringeres, als „FreundIn“ für die Patienten zu sein und das zu tun, was deren „minimalen Erwartungen“ übersteigt. „FreundIn“ zu sein, scheint hier eine besondere Bedeutung zu haben: Ein Patient beschreibt eine Nurse, die er als Freundin sieht, folgendermaßen:

"She seems to take a special interest ...you're not just another Patient ...You can tell when somebody cares about you, and isn't just saying "how are you?" and they could care less. A friend waits to listen, waits to hear the answer when they ask you... that's the difference I think."
(Fosbinder, 1994, 1089).

In der Diskussion ihrer Ergebnisse unternimmt Fosbinder den Versuch, die oben genannten vier Prozesse interpersonaler Kompetenz als Rahmen für eine Vielzahl von Forschungsarbeiten zu verwenden, die unter das Thema der interpersonalen Kompetenz subsumiert werden können. Auf diese Weise sollen unterschiedlichste Forschungsergebnisse in einige wenige Kategorien integriert werden, wobei die Absicht darin besteht, eine empirisch-fundierte Theorie zu entwickeln.

Dieses Vorgehen kann in der Tat verhindern helfen, daß es zu der üblichen Auflistung von Themen, Kategorien und Ähnlichem kommt, die,

wenn sie ihrem Kontext entnommen werden, nur noch wenig Sinn machen.

Während Fosbinders Studie nursing care im Krankenhaus untersucht, hat die Niederländerin van Mil (1996) in ihrer Forschungsarbeit erstmals *nursing care in der Gemeindepflege* zum Gegenstand gemacht. Mit den Methoden und Techniken der empirischen Phänomenologie (Analyse nach Hycner) wurde die Fragestellung „Wie erlebt der Patient die Sorge der Gemeindepflegekundigen und was bedeutet diese Sorge für ihn?“ in 12 Interviews untersucht – wobei diese kleine Samplegröße in phänomenologischen Studien durchaus üblich ist. Als theoretischer Rahmen diente in dieser Studie „zorg“, also „Sorge“.

Für die PatientInnen ist die Haltung der Gemeindepflegekundigen essentiell für das Erleben von Sorge. Vor dem Hintergrund des Erlebens erhält die pflegekundige Sorge für Patienten Bedeutung und dies ist Grundlage für die Entwicklung von Strategien, um mit dieser Sorge im eigenen Leben umgehen zu können. Insgesamt konnten drei Themen zur pflegekundigen Sorge entwickelt werden: (1) Sorge ist heilend, (2) Sorge ist unterstützend und (3) Sorge ist schädigend.

Innerhalb dieser Themen gibt es eine Vielzahl von Kategorien und Dimensionen zu Erleben, Bedeutung, Strategien, Haltung der Gemeindepflegekundigen und dem Erleben von Abhängigkeit, die van Mil in einer Matrix organisieren konnte. Ist die Sorge z.B. schädigend, dann erleben Patienten sich als Objekte, ihres eigenen Wertes beraubt. Patienten fühlen sich u.a. hilflos, machtlos und schuldig.

Van Mils diesbezügliche Ergebnisse entsprechen insgesamt den Erkenntnissen von Elsbernd und Glane (1996), die untersucht haben, wie Krankenhauspatienten schädigende Pflege erleben. Auch hier erleben sich Patienten u.a. als Objekte, ihrer Individualität beraubt, allein gelassen, erniedrigt, wehrlos und ausgeliefert.

Heilende Sorge beschreiben Patienten in der Studie von van Mil (1996) mit „ich kann Mensch sein“. Eine schwerstpflegebedürftige Infor-

mantin berichtet in dieser Studie folgendes:

„Die Kinder mußten in England in einem Wettkampf mitspielen und wir sollten sie begleiten. I. und L. (Pflegerkündige, Anm. Schnepf) hatten alles mit den Kathetern und der Gemeindepflege geregelt. Bevor ich abends mit dem Boot mitfahren sollte, kamen sie mich versorgen und Abschied nehmen. Ich hatte Angst und war unsicher. Sie saßen bei mir auf dem Bett, mit soviel Liebe. Soviel Vertrauen, daß es gut gehen würde, ich es könnte. Ja, ich konnte es auch. Dieses Gefühl ist das ganze Wochenende geblieben.“ (van Mil 1996, S. 46)⁴

Diese Art der Sorge bedeutet für Patienten, Förderung und Unterstützung, um ein eigenes Leben führen zu können. Sie wird nicht als „abhängig machend“ erfahren, sondern als notwendig. Abgesehen davon, daß die Studie von van Mil noch andere wertvolle Hinweise für die Gemeindepflege liefert, bietet die hier verwendete Matrix eine Grundlage für die zu entwickelnde Taxonomie von *Sorge* (in der Gemeindepflege).

Die Frage, was *Sorge* für Menschen außerhalb der Interaktion mit professionellen Pflegekräften bedeutet, ist in der Pflegewissenschaft besonders im Rahmen der Theorie von Leininger (1991) vielfach kulturspezifisch untersucht worden. Ohne hier weiter auf die besondere Problematik von Leiningers Theorie und ihrem Kulturbegriff eingehen zu können, muß allerdings auf den problematischen Umstand hingewiesen werden, daß ForscherInnen dieser theoretischen Richtung dazu tendieren, *Sorge* losgelöst von Pflegebedürftigkeit zu untersuchen. So verwundert es nicht, daß derartige Studien zumeist eine hohe *Sorgebereitschaft* von Familienangehörigen konstatieren. Inwieweit die dergestalt produzierten Erkenntnisse aber auch noch im „Ernstfall“, d.h. nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit gelten, darf zumindest angezweifelt werden.

In einer eigenen Studie (Schnepf, 1995) habe ich untersucht, was es für rußlanddeutsche Familien im Rahmen ihrer Alltagswelt bedeutet, wenn sie für pflegebedürftige Angehörige sorgen. Mittels ethnographischer Inter-

viewtechniken wurden vier Familien dreimal interviewt. Insgesamt nahmen 12 InformantInnen an dieser Untersuchung teil. Die Daten wurden mit Hilfe der „Developmental Research Sequence“ (Spradley, 1979) analysiert, wobei Datenerhebung und analyse als reziproker Prozeß gehandhabt wurden. Die Ergebnisse zeigen, daß *Sorge* für diese Familien „alles tun“ bedeutet. „Alles tun“ läßt sich in verschiedene Kategorien fassen, wie (1) aufpassen, (2) helfen, (3) medizinisch pflegen und (4) „bekimmern“, die als instrumentelle Aspekte/Aktivitäten des Sorgens verstanden werden können.

Interessant ist vor allem die vierte Kategorie „bekimmern“ (sich kümmern um) – und das nicht nur, weil sie als einzige Kategorie frauenspezifisch ist. Die InformantInnen berichten, daß nur Frauen sich bekimmern, denn bekimmern ist harte Arbeit und harte Arbeit ist Frauenarbeit. Das Bekimmern der Frauen bezieht sich u.a. darauf, daß allen (besonders den Männern) stets gesagt werden muß, was zu tun ist. „Sagst Du nichts, dann tun sie nichts“ ist eine ebenso typische Aussage wie „die Männer tun viel, aber sie bekimmern sich nicht“. Bekimmern bedeutet auch, daß Ereignisse antizipiert werden müssen, um adäquate Strategien entwickeln zu können. Es ist das Bekimmern der Frauen, wodurch Kontakt zur Außenwelt hergestellt wird. Für die Migrantenfrauen ist dies wegen der Sprachprobleme eine besonders schwierige Aufgabe.

In den von mir durchgeführten Interviews reflektieren die rußlanddeutschen InformantInnen ebenso ihre Erfahrung als unterdrückte Minorität wie das Erleben einer Gesellschaft (nämlich der ehemaligen Sowjet Union), in der es nur wenig staatliche Hilfe und Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit gab. Vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen dient *Sorge* einem Zweck: Menschlichkeit.⁵

Fazit und Schlußwort

Eingangs wurde gesagt, daß *caring* auf der Ebene theoretischer Diskussionen und Analysen zu unterschiedlichen Sichtweisen und Annahmen

führt. Dieses Problem (was eigentlich keines sein müßte) tritt immer dann auf, wenn der ehrgeizige Versuch unternommen wird, gleichsam mit einer einzigen – zumeist normativen – Theorie alle Fragen der Pflegekunde zu klären. Somit handelt es sich um ein Problem der Theorieentwicklung auf der Ebene der Grand Theories, also auf der Ebene der globalen konzeptuellen Modelle (oder wie immer man diese Art der Theoriebildung bezeichnen möchte).

Um tiefere Einsichten in *caring* als „Fokus der Pflegekunde“ zu erlangen, müssen jene zu Wort kommen, die direkt betroffen sind und deren Alltag durch Diversität gekennzeichnet ist. Man wird sich also stärker von den eher methatheoretischen Diskussionen, von der Suche nach dem Allgemeinen hin zur empirischen Wirklichkeit bewegen müssen. Die subjektive Wirklichkeit, das Erleben und die Aktivitäten der Akteure müssen in deren jeweiligen gesellschaftlichen und kulturellen Kontexten erforscht werden, wenn es zu anwendbaren Theorien von *caring* bzw. pflegerischer *Sorge* für die professionelle Pflegepraxis kommen soll.

Für die deutsche Pflegekunde und -Wissenschaft gibt es im übrigen noch einen weiteren Grund, sich mit den Phänomenen des Sorgens zu befassen. Es könnte sein, daß der von Axmacher (1991) beschriebene Heimatverlust der Pflege weniger mit Verwissenschaftlichungsprozessen per se zu tun hat, als vielmehr mit der zwangsweisen Beschäftigung mit den Konzepten anderer Disziplinen, die vorgeben, besser zu wissen, was Pflege ist als die Pflegewissenschaft selber. Pflegekunde beruht auf menschlicher *Sorge*, die ihre spezifische Gestalt durch die berufliche Aufgabe erhält. Pflegekunde und -wissenschaft wären gut beraten, nicht auf jeden Zug zu springen, der gerade vorbei fährt, sondern sich auf das zu konzentrieren, was ihre ureigenste Aufgabe ist: nursing care, verpleegkundige zorg, pflegerische *Sorge*. Die Wahrnehmung dieser Aufgabe liefert m.E. jene moralische Stärke, die erforderlich ist, um als Berufsgruppe zu überleben.

Daß dies unter den gegebenen gesundheitspolitischen Zuständen (Ko-

stendeckelung im Gesundheitswesen, fälschlich sogenannte „Pflegeversicherung“, quasi-religiöser Gesundheitscharakter) nicht immer leicht ist, liegt auf der Hand. Bei ihrer Verabschiedung an der Reichsuniversität Limburg in Maastricht, drückt van den Bergh-Braam (1991), erste niederländische Professorin der Pflegewissenschaft, dies folgenmaßen aus:

„Patientenvereinigungen sagen, daß die gesellschaftliche Kälte in unsere Gesundheitseinrichtungen eindringt. Die Pflegekundigen meinen, daß die Gesellschaft selber hierfür verantwortlich ist. Ihnen zufolge liegt das zentrale Dilemma der heutigen Pflege in der Tatsache, daß die Pflege ein Beruf ist mit der Aufgabe zur Sorge, in einer Gesellschaft, welche Sorge einen geringen Wert beimißt. Es ist das Problem des Kampfes zwischen Zielrationalität und Werterationalität, wobei letztere in der modernen Gesundheitsversorgung den Streit zu verlieren droht“ (van den Bergh-Braam, 1991, S. 63)⁶.

Noch eine persönliche Bemerkung zum Schluß: Dieser Beitrag beschäftigt sich mit einigen Aspekten menschlicher Sorge im Zusammenhang mit pflegekundiger Sorge. Im Rahmen des begrenzten Platzes, ist dieser Beitrag zwangsläufig unvollständig. Eine ausführliche Diskussion philosophischer Theorien zu Sorge ist zugunsten der Darstellung von Forschungsergebnissen unterblieben. Man mag dies meiner niederländisch-britischen Prägung mit entsprechendem Pragmatismus zuschreiben und den kritischen Eindruck erhalten haben, daß ich zu einer ausgiebigen philosophischen Diskussion nicht in der Lage bin. Letzteres trifft bis zu einem gewissen Grad sogar zu. „Muß ich Heidegger gelesen haben, um einen Patienten zu waschen?“ Diese, einen notwendigen Diskurs eröffnende Frage stammt nicht von mir, sondern von jemandem, dem ich viel verdanke. Im Zweifelsfall würde ich antworten, daß die Heideggerlektüre, wenn sie denn schon nichts nützt, hoffentlich nicht schadet. Auf jeden Fall lautet meine Antwort: „wir sollten es mal untersuchen....“.

Wilfried Schnepf, MSc., Lehrer für Pflegeberufe, m. We. A/I, Krfpl., Doktorand der Pflegewissenschaft an der Universität Utrecht/NL; Wesereschstr. 19, 49089 Osnabrück

Anmerkungen:

¹ Man „pflegt“ bekanntlich ziemlich alles: den Rasen, die Füße, Leidenschaften, Hobbys, Ticks und Menschen.

² Ob der Heidegger'sche Begriff der „Sorge“ geeignet ist, um pflegekundiges Handeln zu begründen, sollte zumindest in Frage gestellt werden. Denn während bei Heidegger der Mensch in die Welt-geworfen, also letztlich ohne Beziehung zu anderen ist, stellt pflegekundiges Handeln m.E. im Kern immer ein „mit-menschliches“ Handeln dar. – Für die Aufnahme dieser Diskussion danke ich Prof. Dr. M. Moers.

³ Eine ähnliche Unterteilung trifft Watson (1979), wenn sie von instrumentellen und expressiven Aktivitäten spricht.

⁴ Originaltext: „De kinderen moesten in Engeland een wedstrijd spelen en wij zouden meegaan. I. en L. hadden alles geregeld met catheters en wijkverpleging en zo. Voor ik sáonds met de boot mee zou gaan kwamen ze me verzorgen en afscheid nemen. Ik voelde me bang en onzeker. Zij zaten bij me op bed met zoveel liefde. Zo veel vrouwen dat het goed zou gaan; dat ik het kon. Ja. ik kon het ook. Dat gevoel is het hele weekend gebleven.“ Übersetzt von W. Schnepf.

⁵ Meine oben erwähnte Studie gewährt allerdings nur erste Einblicke in die Bedeutung des Sorgens für rußland-deutsche Familien mit pflegebedürftigen Angehörigen. Einige Schwächen meiner Arbeit (sie bezieht sich nur auf Situationen in Deutschland, und hier auch nur auf Familien, die bereits seit einiger Zeit in Deutschland leben), hoffe ich im Rahmen meiner Promotionsforschung korrigieren zu können. Ein Anliegen meines Promotionsprojektes besteht darin, nummehr den gesamten Weg zu untersuchen, den die rußlanddeutschen Familien nach ihrem Entschluß zur Auswanderung nach Deutschland gehen. Ausgehend von der These, daß im Zusammenhang mit Angehörigenpflege die alltagsweltlichen und biographischen Aspekte von Bedeutung sind (Görres, 1993), hoffe ich mit einer derart angelegten Studie, den Zusammenhang von Migration und Familienpflege in ersten Ansätzen deutlich machen zu können. Hinweisen will ich an dieser Stelle noch auf die wichtige Arbeit von Zielke-Nadkarni, in welcher ähnlichen Fragestellungen wie in meiner nachgegangen wird – allerdings bezogen auf die türkische Gemeinschaft in Deutschland.

⁶ Originaltext: „Patientenvereinigungen zeggen dat de kilheid van de maatschappij in onze gezondheidszorginstellingen doordringt. Verpleegkundigen menen dat de gemeenschap zelf hiervoor verantwoordelijk is. Volgens hen ligt het centrale dilemma van de huidige verpleging in het feit dat het een beroep is met een opdracht tot zorg, in een maatschappij die aan zorg een geringe waarde hecht. Het is het probleem van het gevecht van doelrationaliteit en waarderationaliteit, waarbij laatsgenoemde in de moderne gezondheidszorg het pleit dreigt te verliezen.“ Übersetzt von W. Schnepf.

Literatur

Axmacher, D. (1991): Pflegewissenschaft – Heimatverlust der Krankenpflege? In: U. Rabe-Kleberg u.a. (Hrsg.), Pro Person: Dienstleistungsberufe in der Krankenpflege, Altenpflege und Kindererziehung, Bielefeld, S. 120-138

Benner, P.; Wrubel, J. (1989): The Primacy of Caring, Stress and Coping in Health and Illness, Sage Publications, London

Bergh-Braam, A.H.M. van den (1991): Over troeven in een moeilijke relatie, tvz/vakblad voor verpleegkundigen, Nr.18, S. 634-639

Elsbernd, A; Glane, A. (1996): Ich bin doch nicht aus Holz, Ullstein Mosby, Berlin, Wiesbaden

Fosbinder, D. (1994): Patients perceptions of nursing care: an emerging theory of interpersonal competence, Journal of Advanced Nursing, 20. Jg., S. 1085-1093

Görres, S. (1993): Familienpflege und Angehörigenkarrieren, Zeitschrift für Gerontologie, 26 Jg., S. 378-385

Griffin, A.P.(1983): A philosophical analysis of caring in nursing, Journal of Advanced Nursing, 8 Jg., S. 289-295

Hattinga Verschure, J.C.M. (1977): Het Verschijnsel Zorg, Uitgeversmaatschappij De Tijdstroom BV, Lochem

Leininger, M.M. (1991): Culture Care, Diversity and Universality: A Theory of Nursing, Grune and Stratton Inc: New York

Morse, J.M.;Solberg, S.M.; Neander, W.L.; Bottdorf, J.L. (1990): Concepts of caring and caring as a concept, Advances in Nursing Science, 13 Jg., Nr. 1, S. 1-14

Mil, M.M. van (1996): Beleving en betekenis van zorg, een onderzoek naar de beleving en betekenis van zorg bij patiënten van de wijkverleegkundige, Masters-Dissertation, University of Wales, Hogeschool van Utrecht, The Netherlands, unpub.

Paterson, J.G.; Zderad, L.T. (1988): Humanistic Nursing: National League for Nursing, New York

Schnepf, W. (1995): Meanings and Practices of Care in Russian-German Families, Masters-Dissertation, University of Wales, Hogeschool van Utrecht, The Netherlands, unpub.

Spradley, J.P. (1979): The Ethnographic Interview, Holt, Rinehart and Winston, Inc. Watson, J.(1979): The Philosophy and Science of Caring: Little Brown, Boston

Watson, J.(1988): Nursing: Human Science and Human Care, A Theory of Nursing: National League for Nursing, New York