Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften

Gesundheit

Auf einen Schlag pflegend

Pflegerische Interventionen für pflegende Angehörige von Betroffenen nach einem cerebrovaskulären Insult – die Transition im Fokus

Leonie Kuhn

Giulietta Spring

Departement Gesundheit
Institut für Pflege

Bachelorarbeit
Pflege

Studienjahr: PF 19
Eingereicht am: 06.05.2022
Begleitende Lehrpersonen: Barbara Messerli
und Gerda Maria Margaretha Neumeyer

Inhaltsverzeichnis

Abstract .....

1 Einleitung 1

1.1 Problemstellung 1

1.2 Relevanz für die Pflegepraxis 3

2 Ziel und Fragestellung.....4

3 Theoretischer Hintergrund 4

3.1 CVI 4

3.2 Pflegende Angehörige 5

3.3 Pflegerische Interventionen 5

3.4 Übergang und Transition 6

3.5 Evidence-based Nursing (EBN)-Modell 6

3.6 Bezugsrahmen «Timing It Right».....7

4 Methode 8

4.1 Literaturrecherche.....8

4.2 Allgemeines Vorgehen.....10

5 Ergebnisse 11

5.1 Ashghali Farahani et al. (2021).....16

5.2 Bakas et al. (2015).....18

5.3 Camicia et al. (2021).....21

5.4 Cheng et al. (2018) 23

5.5 Day et al. (2021) 25

5.6 Gaio et al. (2019) 27

5.7 Kim et al. (2012).....29

5.8 King et al. (2012).....30

5.9 Grafik.....33

6 Diskussion 33
6.1 Gesamtgüte 34
6.2 Vergleich der Ergebnisse 34
6.3 Vergleich der pflegerischen Interventionen 35
6.4 Bedürfnisse und Interventionen 37
6.4.1 Informativ 37
6.4.2 Emotional 38
6.4.3 Praktisch 38
6.4.4 Rückmeldung 39
6.5 Beantwortung der Fragestellung 39
6.6 Limitationen 40
6.7 Weiterer Forschungsbedarf 41
7 Theorie-Praxis-Transfer 41
7.1 Ergebnisse der Pflegeforschung 41
7.2 Expertise der Pflegefachpersonen 42
7.3 Ziele, Vorstellungen und Handlungen von Pflegebedürftigen 43
7.4 Umgebungsbedingungen 43
8 Schlussfolgerung 44
Literaturverzeichnis 45
Tabellenverzeichnis 49
Abbildungsverzeichnis 50
Wortzahl 50
Danksagung 51
Eigenständigkeitserklärung 51
Anhang 52
A: AICA der eingeschlossenen Studien 52
B: Einverständniserklärungen 83

Abstract

Hintergrund: Ein cerebrovaskulärer Insult (CVI) ist in den häufigsten Fällen ein unerwartetes Ereignis, sodass sich pflegende Angehörige (PA) kurzfristig auf ihre neue Rolle vorbereiten müssen. Dies kann zu einer Mehrfachbelastung führen. Speziell in der Transition, dem Übergang vom Spital oder von der Rehabilitation nach Hause, ist eine professionelle Unterstützung wichtig.

Fragestellung: Welche pflegerischen Interventionen für pflegende Angehörige von CVI-Patientinnen und Patienten im Übergang vom Spital oder von der Rehabilitation nach Hause sind in der Literatur beschrieben?

Methode: Es wurde eine systematisierte Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed, CINAHL Complete und Cochrane Library durchgeführt. Acht Studien entsprachen den Einschlusskriterien und wurden analysiert und diskutiert. Die gewonnenen Erkenntnisse wurden anhand des Evidence-based Nursing Modells in die Praxis transferiert.

Ergebnisse: PA haben verschiedene und wechselnde Bedürfnisse im Übergang vom Spital oder von der Rehabilitationsklinik nach Hause. Pflegefachpersonen können durch gezieltes Informieren, praktischen Instruktionen zur Unterstützung in den Aktivitäten des täglichen Lebens und psychoedukativen Interventionen die Belastungen verringern.

Schlussfolgerung: Um auf Belastungen und Bedürfnisse zu reagieren und PA in der Transition zu unterstützen, sollen PA standardmässig in den Pflegeprozess integriert werden. Informative und praktische Interventionen werden in der Praxis teilweise umgesetzt, jedoch fehlen institutionelle Ressourcen für psychoedukative Massnahmen.

Keywords: caregivers, stroke, nursing interventions, transition

Abkürzungen

ATL	Aktivitäten des täglichen Lebens
CVI	Cerebrovaskulärer Insult
EG	Experimentalgruppe
IG	Interventionsgruppe
KG	Kontrollgruppe
PA	Pflegende Angehörige

1 Einleitung

Dank dem medizinischen und therapeutischen Fortschritt sowie besseren Lebensbedingungen werden viele einst tödliche Krankheiten überlebt (Bundesrat, 2014). Oft entwickelt sich dadurch eine vorübergehende oder lebenslange Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit. Zahlreiche Angehörige kümmern sich täglich um hilfe- und pflegebedürftige Familienmitglieder oder Bekannte und ermöglichen Pflegebedürftigen so ein teilweise selbstständiges und selbstbestimmtes Leben in den eigenen vier Wänden (Büker, 2015). In der Schweiz kann der Bedarf an Betreuung und Pflege kaum allein vom professionellen Pflegefachpersonal bewältigt werden. So kann unter dem Aspekt der nachhaltigen Finanzierung des Gesundheitssystems auf die geleistete Arbeit der pflegenden Angehörigen (PA) nicht verzichtet werden (Bundesrat, 2014). Von der Gesellschaft wird auf die beachtliche Leistung von PA stillschweigend gezählt und kaum angemessen gewürdigt (Büker, 2015).

1.1 Problemstellung

Weltweilt erleiden jährlich 15 Millionen Menschen einen cerebrovaskulären Insult (CVI). Fünf Millionen davon sind von einer bleibenden Beeinträchtigung betroffen (World Health Organization WHO, o. D.). Im Jahr 2018 ereigneten sich in der Schweiz 19 330 CVIs (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan, 2020). Gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung im Jahr 2017 haben 32,2% der Männer und 36% der Frauen anderen Personen mit gesundheitlichen Problemen unentgeltlich ihre Hilfe angeboten, sie unterstützt und gepflegt, was als informelle Hilfe bezeichnet wird (Bundesamt für Statistik, 2017). Insgesamt betreuten und pflegten im Jahr 2017 in der Schweiz 592 000 Personen ihnen nahestehende Menschen (Otto et al., 2019). Verlässliche Daten zum Arbeitsaufwand betreuender und pflegender Angehörigen gibt es gemäss dem Bericht des Bundesrats (2014) nicht. In der Recherche konnten keine schweizweiten epidemiologischen Daten von PA von CVI-Betroffenen gefunden wurden. FRAGILE Suisse, eine Organisation, die sich für Betroffene von Hirnverletzungen und deren Angehörige einsetzt, teilte auf Anfrage mit, dass sie zurzeit über keine systematisch erfassten Zahlen verfügen.

Wenn sich Angehörige für die Pflege eines Familienmitglieds nach einem CVI entscheiden, sind sie auf die anspruchsvollen Aufgaben nur teilweise vorbereitet oder gänzlich unvorbereitet (Wilz & Pfeiffer, 2019). Das unerwartete Ereignis bringt

etliche Veränderungen sowie neue Verantwortlichkeiten und Aufgaben mit sich und führt zu einer Neuverteilung der Rollen im Alltag. Dabei kann es für Angehörige in dieser Situation schnell zu einer Mehrfachbelastung kommen (Marenitz, 2018). Zu den hauptsächlichen Belastungsfaktoren gehören die zeitliche, gesundheitliche, emotionale und soziale Belastung. Besonders die Zeit nach dem Austritt aus dem Spital oder aus der Rehabilitation empfinden PA als besonders stressig, so Küttel et al. (2015). Die PA sind in permanenter Einsatzbereitschaft und zudem eigenen physischen und psychischen Beschwerden, wie beispielsweise Rückenschmerzen, Schlafstörungen, Burnout und Depressionen ausgesetzt. Die häufigen Wesensveränderungen der Pflegebedürftigen, die soziale Isolierung und Spannungen im Familienleben sind für PA oftmals schwer zu ertragen (Büker, 2015). Gemäss Wilz und Pfeiffer (2019) ist die Betreuung und Pflege von Betroffenen mit kognitiven Beeinträchtigungen und Persönlichkeitsveränderungen, wie nach einem CVI, mit den stärksten objektiven und subjektiven Belastungen verbunden.

Trotz hoher Belastung nehmen nur wenige Angehörige professionelle Hilfe an, da die Angebote, wie beispielsweise ambulante Pflegedienste, nicht der benötigten und erwarteten Unterstützung entsprechen (Büker, 2015). Eine Neugestaltung von Beratungs- und Unterstützungsangeboten ist somit dringend notwendig. Familien sollen nicht nur bei Anzeichen von Belastungen ermutigt werden Hilfe anzunehmen. Hier kann die professionelle Pflege als Bindeglied fungieren und nimmt mit ihrem unmittelbaren Kontakt zu Pflegebedürftigen und ihren Familien eine zentrale Rolle ein, so Büker (2015). So können Pflegefachpersonen einen Raum für Ängste, Verunsicherungen und Bedürfnisse von PA und Patientinnen und Patienten schaffen. Problematisch ist, dass die pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten im Vordergrund stehen, die Bedürfnisse und Belastungen von PA eher in den Hintergrund rücken und von der professionellen Pflege häufig nicht bewusst wahrgenommen werden (Büscher, 2007, zitiert nach Büker, 2015). Bedürfnisse müssen einerseits von der Pflege erkannt werden, andererseits braucht es ebenso die zeitliche Kapazität dafür und den gezielten und notwendigen Austausch. Die zeitlichen Ressourcen, die im Pflegealltag oftmals knapp sind, stellen somit eine Herausforderung im umfassenden Wahrnehmen von Bedürfnissen der Angehörigen dar.

1.2 Relevanz für die Pflegepraxis

Der International Council of Nurses definiert das professionelle Berufsfeld der Pflege folgendermassen:

> Professionelle Pflege (durch diplomierte Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner) umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften sowie Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). (International Council of Nurses, 2002, zitiert nach Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK-ASI, 2020, S. 8)

Die professionelle Pflege ist zuständig für das Erfassen von Ressourcen, die Einschätzung des Pflegebedarfs, das Festlegen von Pflegezielen und die Durchführung von Pflegeinterventionen (Spichiger et al., 2008, zitiert nach Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK – ASI, 2008). Der Pflegeprozess und die damit verbundene Austrittsplanung erfolgen nicht nur in inter- und multiprofessioneller Zusammenarbeit, sondern auch mit Einbezug der betreuten Menschen und PA. Dass auch die PA in den Pflegeprozess involviert werden, gilt als Grundsatz der professionellen Pflege (Spichiger et al., 2008, zitiert nach Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK – ASI, 2008).

Da die Pflegefachpersonen im Alltag am intensivsten den Patientinnen- und Patienten-, sowie den Angehörigenkontakt pflegen, dienen sie als Bindeglied aller involvierten Instanzen. Wie nach Büker (2015) bereits erwähnt, nehmen sie dadurch im Austausch und in der Edukation von PA eine zentrale Rolle ein. Durch das Wahrnehmen von Bedürfnissen, das Einschätzen der Bereitschaft und das Einleiten von Unterstützungsmassnahmen können Pflegefachpersonen im Austrittsmanagement die Rolle von PA evaluieren. Dadurch können Mehrfachbelastungen von PA reduziert werden (Tosun & Temel, 2017).

Der Schwerpunkt der Arbeit liegt auf pflegerischen Interventionen für PA und nicht auf den Unterstützungsmöglichkeiten für CVI-Betroffene. Dabei steht die Transition vom Spital oder von der Rehabilitation nach Hause im Fokus.

2 Ziel und Fragestellung

Diese Bachelorarbeit hat das Ziel, pflegerische Interventionen anhand einer systematisierten Literaturrecherche differenziert zu beschreiben. Dabei liegt eine Übersicht von pflegerischen Interventionen zur Unterstützung PA von CVI-Patientinnen und -Patienten im Übergang vom Spital oder von der Rehabilitation nach Hause vor.

Ausserdem sind die beschriebenen Interventionen diskutiert und miteinander verglichen. Bedürfnisse und Herausforderungen von PA von CVI-Patientinnen und -Patienten sind mit den beschriebenen Interventionen verknüpft.

Folgende Fragestellung ist aus der Zielbeschreibung abgeleitet und dient dieser Bachelorarbeit als Ausgangslage:

Welche pflegerischen Interventionen für PA von CVI-Patientinnen und -Patienten im Übergang vom Spital oder von der Rehabilitation nach Hause sind in der Literatur beschrieben?

3 Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel werden die Begriffe CVI, pflegende Angehörige, pflegerische Interventionen und Transition definiert. Zudem wird auf das Evidence-based Nursing Modell und den Bezugsrahmen «Richtiger Zeitpunkt» eingegangen.

3.1 CVI

Ein CVI kann als Hirninfarkt, Schlaganfall, Apoplexie, apoplektischer Insult oder cerebrale Ischämie bezeichnet werden (Schewior-Popp et al., 2017). Durch eine akute Störung der arteriellen Durchblutung kommt es aufgrund der Sauerstoffunterversorgung zu einer Nekrose von Gehirngewebe (Huch & Jürgens, 2019). Grundsätzlich wird zwischen der ischämischen und hämorrhagischen Form des CVIs unterschieden (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2018). Die ischämische Form ist mit 85% die häufigste Ursache eines CVIs. Dabei wird die Arterie durch einen Thrombus oder eingeschwemmten Embolus verstopft und es kommt zu einem Hirninfarkt (Huch & Jürgens, 2019). Der hämorrhagische CVI ist die Folge einer intrazerebralen oder extrazerebralen Blutung. Durch die intra- oder extrazerebrale Ruptur eines Blutgefässes, gelangt Blut in das Hirngewebe oder in den Subarachnoidalraum (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2018).

Abhängig von den jeweiligen betroffenen Hirnarealen, können die Symptome eines CVIs variieren und unterschiedlich stark ausgeprägt sein (Universitätsspital Zürich, o. D.). Häufig kommt es dabei zu einer Hemiparese oder -plegie, also einer Schwäche oder einem Ausfall der Willkürmotorik und Sensibilität in einer Körperhälfte (Huch & Jürgens, 2019). Zusätzlich können weitere akute neurologische Ausfälle wie Seh-, Schluck- oder Sprachstörungen auftreten. In manchen Fällen bilden sich diese Störungen mit der Zeit zurück, indem sich geschädigte Neurone erholen oder unbeschädigte Hirnareale gewisse Funktionen übernehmen (Huch & Jürgens, 2019).

3.2 Pflegende Angehörige

Schieron und Zegelin (2021) definieren PA als Menschen, die sich um hilfe-, unterstützungs- oder pflegebedürftige Menschen kümmern. Die Definition von Wilz und Pfeiffer (2019) beschreibt den Begriff noch etwas genauer. «Wenn von pflegenden Angehörigen gesprochen wird, sind im Allgemeinen Personen gemeint, die einen persönlichen und nicht professionellen Bezug zu einer Person mit einer chronischen Erkrankung oder Behinderung haben und diese auf unterschiedlichste Weise unterstützen» (Wilz & Pfeiffer, 2019, S. 3). Wer jedoch genauer zur Personengruppe „pflegende Angehörige“ gehört, ist gemäss Schieron und Zegelin (2021) nicht genau definiert. In der Schweiz wird ebenfalls eine Begriffsunschärfe festgestellt (Bundesrat, 2014). So wird beispielsweise vom Bundesamt für Statistik der Begriff informelle Hilfe als Abgrenzung zur professionellen Hilfe durch die Spitex oder die Pflege zu Hause verwendet (Bundesamt für Statistik, 2017). Der Bundesrat (2014) nutzt jedoch den Begriff PA und definiert ihn folgendermassen: «Angehörige in Ausbildung, Frauen und Männer im erwerbsfähigen Alter oder im Rentenalter können für kurze oder längere Zeit eine Rolle als betreuende und pflegende Angehörige innerhalb der Familie übernehmen» (Bundesrat, 2014, S. 10).

3.3 Pflegerische Interventionen

In der Literatur werden pflegerische Interventionen und Pflegemassnahmen häufig als Synonyme verwendet (Lauber & Schmalstieg, 2018). Eine Intervention wird definiert als «jede Behandlung, die eine Pflegefachperson auf Grundlage ihrer klinischen Beurteilung und ihres Wissens zur Verbesserung des Klienten-Outcomes durchführt» (Center for Nursing Classification & Clinical Effectiveness (CNC), o. D.,

zitiert nach Herdman & Kamitsuru, 2019, S.69). Dabei sind Massnahmen zur Förderung, Prävention, Kuration und Rehabilitation gemeint, die sich nicht nur auf die Kompensation von Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) beschränken (Brandenburg & Dorschner, 2021). Sie umfassen alle Aktivitäten von Pflegefachpersonen und sind nach den zuvor festgelegten Pflegezielen und der individuellen Situation ausgerichtet. Jede Pflegeintervention enthält die Strukturelemente der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung (Lauber & Schmalstieg, 2018).

In dieser Arbeit sind beim Begriff pflegerische Interventionen Massnahmen gemeint, die durch Pflegefachpersonen Fachhochschule FH und Höheren Fachschule HF der Tertiärstufe A und B (Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK – ASI, 2002) ausgeführt werden.

3.4 Übergang und Transition

Transition kann als Folge oder Ergebnis von Veränderungen im Leben, in der Gesundheit, in Beziehungen oder im Umfeld definiert werden, so Meleis et al. (2000). Der Begriff kann als Perspektive oder als konzeptioneller Bezugsrahmen für Patientinnen und Patienten sowie Angehörige verstanden werden. Die Transition beginnt mit einer Veränderung und erstreckt sich über eine Phase der Instabilität, Disstress und Planlosigkeit. Die Transition findet ihr Ende mit einer Stabilitätsphase oder einem Neuanfang (Bridges, 1991, zitiert nach Meleis et al., 2000). Jedoch kann aufgrund individueller Ereignisse nicht immer eine klare Zeitspanne der Transition definiert werden. Im Rahmen dieser Bachelorarbeit bezieht sich die Transition auf die Zeitspanne während und nach dem Austritt der CVI-Patientinnen und -Patienten, welche das Akutspital oder die Rehabilitation verlassen und in ihr Alltagsumfeld zurückkehren. Mit Alltagsumfeld ist das häusliche Setting gemeint, wobei der Einbezug von ambulant-häuslicher Pflege nicht ausgeschlossen wird.

3.5 Evidence-based Nursing (EBN)-Modell

Evidence-based Nursing ist eine Pflegepraxis, die sich an neuestem verfügbarem wissenschaftlichem Wissen orientiert und Pflegefachpersonen bei pflegerischen Entscheidungsfindungen unterstützt. Dafür wird das Fachwissen des Pflegefachpersonals, die Vorstellungen der Pflegebedürftigen, die Umgebungsbedingungen und die Ergebnisse der Pflegeforschung miteinbezogen (Behrens & Langer, 2016).

Das Evidence-based Nursing Modell von Rycroft-Malone et al. (2004) stützt sich auf vier Wissensquellen, um eine evidenzbasierte und personenzentrierte Pflege zu gewährleisten. Unter Einbezug und Abwägung der vier Komponenten wird eine pflegerische Entscheidung getroffen und festgelegt, ob eine Intervention in die Pflegepraxis implementiert werden soll. Die vier Wissensquellen werden folgend genauer erläutert.

Die Ergebnisse der Pflegeforschung

Forschungsergebnisse sind Voraussetzung für die evidenzbasierte Pflege. Mit der Grundlage von wissenschaftlich erwiesenem Wissen kann eine bestmögliche Pflege gewährleistet werden.

Die Expertise der Pflegfachpersonen

Das Fachwissen des Pflegefachpersonals besteht aus praktischen und klinischen Erfahrungen im Pflegealltag und allgemeinen Lebenserfahrungen. Nebst dem eigenen Wissen werden ebenso Fachkenntnisse anderer integriert.

Die Ziele, Vorstellungen und Handlungen von Pflegebedürftigen

Wissen und Erfahrungen von Patientinnen und Patienten werden in die klinische Praxis miteinbezogen. Dabei handelt es sich um pflegebezogene Erlebnisse von Patientinnen und Patienten und ihr Wissen über den eigenen Körper und das alltägliche Leben.

Die Umgebungsbedingungen

Diese Wissensquelle bezieht sich auf vorhandene Ressourcen, Infrastruktur, Personalaufwand und Finanzen. Ebenfalls sind die schriftlichen Dokumentationen, Feedbacks und Gespräche Teil der Umgebungsbedingungen.

3.6 Bezugsrahmen «Timing It Right»

Der Bezugsrahmen «Richtiger Zeitpunkt» (Timing It Right) wurde anhand eines konzeptuellen Reviews von Cameron und Gignac (2008) verfasst.

Der Unterstützungsbedarf von PA von CVI-Betroffenen wurde zeitlich geordnet und in folgende fünf Phasen unterteilt: Diagnose, Stabilisierung, Vorbereitung, Implementation und Adaption. Die ersten beiden Phasen sind von kurzer Dauer und finden im

Akutspital statt. Die kurze bis mittellange Vorbereitungsphase bezieht sich ebenfalls auf die Umgebung im Akutspital oder in der Rehabilitation. Ab der Implementationsphase findet ein Wechsel in das häusliche Setting statt. Cameron und Gignac (2008) betonen, dass nicht alle PA jede Phase und in gleicher Reihenfolge durchlaufen. Weiter zeigen sie den phasengerechten Unterstützungsbedarf für PA auf und leiten Ansätze für pflegerische Interventionen davon ab. Dabei teilen sie die Bedürfnisse der PA in informative, emotionale, praktische und rückmeldende Bedürfnisse auf. Im Kapitel 6.4 wird detaillierter auf diese Bedürfnisse eingegangen.

4 Methode

Im folgenden Kapitel wird das methodische Vorgehen der Autorinnen zur Beantwortung der Fragestellung dargestellt.

4.1 Literaturrecherche

Von September 2021 bis Februar 2022 wurde eine systematisierte Literaturrecherche durchgeführt. Dafür wurden zum Fachbereich Gesundheit zugehörige Datenbanken PubMed, CINAHL Complete und Cochrane Library verwendet. Anhand des Schneeball-Prinzips wurden weitere Studien in die Recherche miteinbezogen. Aus der Fragestellung wurden Schlüsselbegriffe (Keywords) abgeleitet und sinngemäss ins Englische übersetzt. In der Tabelle 1 werden die verwendeten Keywords und einbezogenen Medical Subject Headings (MeSH) dargestellt.

Tabelle 1

Keywords

Elemente der Fragestellung	Schlüsselwörter	Keywords	MeSH
Population	Pflegende Angehörige von CVI-Betroffenen	caregivers, family members, relatives, informal caregivers, stroke, cerebrovascular accident, cva	Caregivers Stroke
Phänomen	Pflegerische Unterstützung von pflegenden Angehörigen, Pflegeinterventionen	Nursing interventions, nursing care, nursing support, nurs*	Nursing Interventions
Setting	Übergang, Übergangsphase, Austritt, Austrittsplanung, Austrittsprozess, Austrittsmanagement	Transition, transitioning, transfer, transfer phase, discharge planning, discharge process, discharge management	Discharge Planning, Patient Discharge

Die Keywords wurden mit den Booleschen Operatoren «AND» und «OR» kombiniert. Ebenfalls wurde eine Trunkierung verwendet. In der Literaturrecherche wurde keine Limitation bezüglich des Herkunftslands der Studien gesetzt, da zum Thema pflegerische Interventionen für pflegende Angehörige von CVI-Betroffenen wenig aktuelle Literatur gefunden wurde. Aus Gründen des Sprachverständnisses wurde die Suche auf die deutsche und englische Sprache limitiert. Ein weiteres Limit ist der auf maximal zehn Jahre beschränkte Zeitraum zwischen Studienveröffentlichung und Literaturrecherche. Anhand des Titels wurden die erzielten Ergebnisse der Literaturrecherche auf ihre Relevanz geprüft. Sofern die Treffer relevant zur Fragestellung erschienen, wurde das Abstract gelesen. Bei Entsprechung des Abstracts zur Fragestellung wurde die ganze Studie gelesen und anhand der Ein- und Ausschlusskriterien (siehe Tabelle 2) entschieden, ob die Studie für die Bachelorarbeit verwendet werden kann.

Tabelle 2

Ein- und Ausschlusskriterien

	Einschlusskriterien	**Ausschlusskriterien**
Setting	Akutspital, Rehabilitation, zu Hause	Langzeitinstitutionen, Hospiz, Übergangspflege
Erkrankung	Ischämischer und hämorrhagischer CVI	Transischämische Attacke, Schädelhirntrauma, neurologische oder andere Erkrankungen
Population	Pflegende Angehörige, Pflegende Angehörige zusammen mit CVI-Betroffenen, sofern unabhängige Ergebnisse	Nur CVI-Betroffene

Der Fokus der Fragestellung liegt auf der Transition vom Akutspital oder von der Rehabilitation nach Hause, weswegen das Setting in Langzeitinstitutionen oder im Hospiz ausgeschlossen wurde. Das Einschlusskriterium der Erkrankung beschränkt sich auf den ischämischen und hämorrhagischen CVI und schliesst somit andere cranio-cerebrale und sonstige Erkrankungen aus. Der Fokus der Population liegt auf PA. Wenn sowohl PA als auch CVI-Betroffene gemeinsam zur Population zählten, mussten die Ergebnisse unabhängig voneinander dargestellt sein.

4.2 Allgemeines Vorgehen

Die für den Ergebnisteil ausgewählten Studien wurden anhand des Arbeitsinstrumentes critical appraisal (AICA) (Ris & Preusse-Bleuler, 2015) inhaltlich zusammengefasst und kritisch gewürdigt. Dabei wurde die qualitative Studie anhand der qualitativen Leifragen bearbeitet (Lincoln & Guba, 1985, LoBiondo-Wood & Haber, 2005 & Burns & Grove, 2005, zitiert nach Ris & Preusse-Bleuler, 2015). Die quantitativen Studien wurden anhand der quantitativen Leitfragen zusammengefasst und gewürdigt (LoBiondo-Wood & Haber, 2005 & Burns & Grove, 2005, zitiert nach Ris & Preusse-Bleuler, 2015).

Die qualitative Studie wurde basierend auf dem verkürzten Katalog auf ihre Güte geprüft (Lincoln & Guba, 1985, zitiert nach Ris & Preusse-Bleuler, 2015). Anhand

der Gütekriterien des quantitativen Forschungsdesigns wurden quantitative Studien geprüft (Bartholomeyczik, Linhart, Mayer & Mayer, 2008, Bruns & Grove, 2005 & LoBiondo-Wood & Haber, 2005, zitiert nach Ris & Preusse-Bleuler, 2015). Zum Schluss wurde das Evidenzlevel der Studien mithilfe der 6S Pyramide (DiCenso et al., 2009) eingestuft.

Zur Verfassung der Einleitung, dem theoretischen Hintergrund, der Diskussion und dem Theorie-Praxis-Transfer wurde zusätzliche Primär- und Sekundärliteratur beigezogen.

5 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden von sieben quantitativen Studien und einer qualitativen Studie die relevantesten Ergebnisse, Interventionen und die jeweilige Güte beschrieben. Der letzte Rechercheschritt der acht ausgewählten Studien ist in Tabelle 3 dargestellt. Das Flussdiagramm in Abbildung 1 dient der Nachvollziehbarkeit der gesamten Recherche.

Tabelle 3

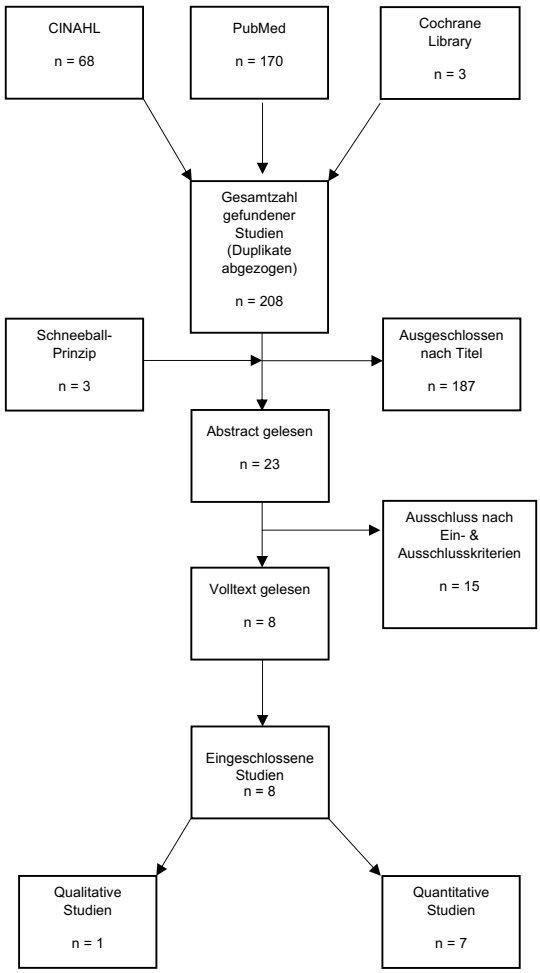
Letzter Rechercheschritt der eingeschlossenen Studien

Studie	Datenbank	Anzahl Treffer	Suchterm
Ashghali Farahani et al. (2021)	Pubmed	65	"Stroke" [Mesh] AND "Caregivers" [Mesh] AND nurs* AND intervention AND discharge
Bakas et al. (2015)	Schneeball		Gefunden in Bakas et al. (2021)
Camicia et al. (2021)	CINAHL Complete	68	(nursing interventions or nursing care or nurs*) AND (stroke or cerebrovascular accident or cva) AND (caregivers or family members or relatives or informal caregivers) AND (discharge planning or discharge process or discharge management or transition)
Cheng et al. (2018)	Pubmed	105	nursing intervention stroke caregiver discharge

Studie	Datenbank	Anzahl Treffer	Suchterm
Day et al. (2021)	CINAHL Complete	68	(nursing interventions or nursing care or nurs*) AND (stroke or cerebrovascular accident or cva) AND (caregivers or family members or relatives or informal caregivers) AND (discharge planning or discharge process or discharge management or transition)
Gaio et al. (2019)	Pubmed	65	"Stroke" [Mesh] AND "Caregivers" [Mesh] AND nurs* AND intervention AND discharge
Kim et al. (2012)	Schneeball		Gefunden in Day et al. (2021)
King et al. (2012)	Schneeball		Gefunden in Bakas et al. (2015)

Abbildung 1

Flussdiagramm



Alle acht Studien konnten dem untersten Evidenzlevel zugeordnet werden. Die Studien wurden im Zeitraum von 2012 bis 2021 publiziert. In der Tabelle 4 liegt eine Übersicht der Studien vor. Detaillierte Informationen sind dem jeweiligen AICA im Anhang A zu entnehmen. Die Güte der einzelnen Studien wurde von den Autorinnen eingeschätzt. Die quantitativen Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008) differenzieren sich in Objektivität, Reliabilität und Validität. Die qualitative Studie wurde anhand des verkürzten Katalogs nach Lincoln und Guba (1985, zitiert nach Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW, 2009, S. 49) in Bezug auf Bestätigung, Zuverlässigkeit, Glaubwürdigkeit und Übertragbarkeit eingeschätzt.

Tabelle 4

Übersicht der eingeschlossenen Studien

Referenz	Studiendesign	Fragestellung/Hypothese	Stichprobe	Intervention	Evidenz-Level
Ashghali Farahani et al. (2021), Iran The effect of a supportive home care program on caregiver burden with stroke patients in Iran	Randomisiert kontrolliert (experimentell)	Untersuchung der Auswirkungen eines Pflegeprogramms für PA von CVI-Betroffenen in Bezug auf pflegebezogene Belastungen	n=120	Interventionssitzungen im Spital und nach dem Austritt zu Hause, Abgabe einer Informationsbroschüre	Unterstes Level
Bakas et al. (2015), USA Telephone Assessment and Skill-Building Kit for Stroke Caregivers	Randomisiert kontrolliert klinisch (prospektiv)	Untersuchung der Wirksamkeit des telefonischen Assessments und einer Anleitung zum Fähigkeitsaufbau (TASK 2) für PA	n=254	Telefonische Intervention zu Hause, Abgabe Arbeitsheft, Bedürfnis-Checkliste und Merkblätter	Unterstes Level
Camicia et al. (2021), USA Using the Preparedness Assessment for the Transition Home After Stroke Instrument to Identify Stroke Caregiver Concerns Predischarge: Uncertainty, Anticipation, and Cues to Action	Qualitativ explorativ	Untersuchung der Sorgen von PA bezüglich langfristiger Auswirkungen des CVIs und der pflegerischen Rolle, nach Ausfüllen des Instruments zur Beurteilung der Bereitschaft für die Transition nach Hause (PATH-s).	n=20	Selbstassessment-Instrument in der Rehabilitationsinstitution vor dem Austritt nach Hause	Unterstes Level
Cheng et al. (2018), China Effectiveness of a strength-oriented psychoeducation on caregiving competence, problem-solving abilities, psychosocial outcomes and physical health among family caregiver of stroke survivors	Multizentrisch randomisiert kontrolliert (prospektiv)	Evaluierung der Wirksamkeit eines ressourcenorientierten Psychoedukations-Programms für PA	n=142	Edukationsgespräche im Spital, Telefonische Intervention zu Hause	Unterstes Level

Referenz	Studiendesign	Fragestellung/Hypothese	Stichprobe	Intervention	Evidenz-Level
Day et al. (2021), Brasilien Nursing Home Care Intervention Post Stroke (SHARE) 1 year effect on the burden of family caregivers for older adults in Brazil	Randomisiert kontrolliert	Evaluation des Effekts einer häuslichen Pflegeintervention nach einem CVI (SHARE) in Bezug auf Belastungen von PA von älteren CVI-Betroffenen	n=48	Hausbesuche	Unterstes Level
Gaio et al. (2019), Italien Effect of a Passive Intervention on Carers of Stroke Survivors During the Early Poststroke Period	Nicht-randomisiert kontrolliert (retrospektiv)	Untersuchung der positiven Auswirkungen einer passiven multidisziplinären Intervention auf Belastungen und Depressionen von PA	n=100	Gruppenseminar und anschliessende Fragerunde im Spital	Unterstes Level
Kim et al. (2012), Südkorea The effectiveness of home-based individual tele-care intervention for stroke caregivers in South Korea	Quasi-experimentell	Entwicklung einer Gruppenintervention im Spital zusammen mit einer telefonischen Intervention zu Hause, zur Reduktion von Belastungen von PA. Zusätzliche Überprüfung der Wirksamkeit des Programms.	n=73	Gruppenprogramm im Spital anhand von einer Vorlesung und Diskussion. Telefonische Intervention zu Hause	Unterstes Level
King et al. (2012), USA A Problem-Solving Early Intervention for Stroke Caregivers: One Year Follow-Up	Randomisiert kontrolliert klinisch	Untersuchung einer problemlösungs-Intervention (CPSI) für PA zur Verminderung und Vermeidung negativer Auswirkungen	n= 255	Problemorientierte Interventions-Sitzungen im Spital und telefonisch zu Hause, Abgabe einer Broschüre über Stressmanagement	Unterstes Level

5.1 Ashghali Farahani et al. (2021)

Die randomisierte kontrollierte Studie untersuchte die Auswirkungen eines Pflegeprogramms zur Unterstützung von PA von CVI-Patientinnen und -Patienten auf ihre Belastungen. An der Studie nahmen n=120 PA von CVI-Betroffenen aus zwei iranischen Spitälern teil. Die Teilnehmenden wurden in eine Kontrollgruppe (KG) n=60 und Interventionsgruppe (IG) n=60 randomisiert. Sie waren im Durchschnitt 43 Jahre alt, mehrheitlich weiblich und Nachkommen der CVI-Betroffenen. Die KG erhielt im Spital standardmässige Informationen über den CVI und die Pflege von CVI-Patientinnen und -Patienten.

Intervention

Die Teilnehmenden der IG erhielten acht Interventionssitzungen zu je 45-60 Minuten. Die ersten zwei Sitzungen wurden im Spital und die restlichen innerhalb von zwei Wochen zu Hause durchgeführt. Die theoretischen und praktischen Inhalte der jeweiligen Sitzungen sind in Tabelle 5 veranschaulicht. Zusätzlich bekamen die PA einen genauen Unterstützungsplan und eine Informationsbroschüre. Die Interventionen wurden von einer erfahrenen Pflegefachperson mit Doktortitel durchgeführt.

Tabelle 5

Inhalte der Intervention (Ashghali Farahani et al., 2021)

Sitzung	Inhalte
1	Allgemeine Informationen zur Intervention und Zusammenarbeit, Abgabe einer Informationsbroschüre
2	Informationen zum CVI, Praktische Übungen zum Transfer, Coping-Skills und Problemlösungsstrategien, Kommunikationsfähigkeiten
3	Aggressionsmanagement, Umgang mit parenteraler Ernährung
4	Kontraktur-, Pneumonie- und Dekubitusprophylaxe, Vitalzeichenkontrolle
5	Atem- und Entspannungsübungen, Körperpflege, Tracheostoma Pflege
6	Medikamentenmanagement, Blutzuckermessung
7	Logopädie, allfällige Notwendigkeit für psychologische Betreuung
8	Beantwortung offener Fragen, Abklärung weiterer Unterstützungsbedarf

Ergebnisse

In der KG nahmen die gesamten Belastungen der PA, sowie die untergeordneten zeitbeanspruchenden, anpassungsbedingten, physischen, sozialen und emotionalen Belastungen zu ($p<0.05$). Beispielsweise zeigte sich eine signifikante Zunahme der physischen Belastungen in der KG ($p=0.02$). Die gesamten Belastungen in der IG haben nach der Intervention signifikant abgenommen ($p=0.036$). Vor allem zeigte sich in der IG eine Reduktion der zeitbeanspruchenden ($p<0.05$) und emotionalen ($p=0.001$) Belastungen. Die physischen Belastungen der IG haben nach der Intervention ebenfalls abgenommen, jedoch ist dieses Ergebnis nicht signifikant ($p=0.532$). Im Gruppenvergleich nach der Intervention zeigte die KG signifikant höhere soziale, zeitbeanspruchende, anpassungsbedingte und soziale Belastungen ($p<0.001$). Verglichen mit der IG, in welcher die gesamten Belastungen der PA nach der Intervention abgenommen haben, nahmen sie in der KG zu ($p<0.001$).

Güte

Objektivität: Durch die Trennung von Datenerhebung, Analyse und Interpretation durch das Forschungsteam wurde ein möglicher Rosenthal-Effekt vermieden. Die Datenanalyse entspricht den Skalenniveaus, was die Objektivität stärkt. Die Daten wurden auf ihre Normalverteilung überprüft, jedoch wurde für die Kovarianzanalyse keine Varianzhomogenität erwähnt. Obwohl die demografischen Daten von CVI-Betroffenen und PA erhoben wurden, wurde nur eine Einverständniserklärung der PA eingeholt.

Reliabilität: Die Zeitpunkte, zu welchen Variablen erhoben wurden, sind beschrieben. Es wurden sozialdemografische Daten ohne Begründung ebenfalls von den CVI-Patientinnen und -Patienten erhoben, die jedoch nicht für die Berechnung der Hauptergebnisse verwendet wurden. Der Inhalt der durchgeführten Intervention wurde detailliert beschrieben, dennoch fehlen für die Umsetzbarkeit in die Praxis ausführlichere Angaben zum Ablauf. Die verwendete Caregiver Burden Inventory (CBI) Skala wurde auf ihre Reliabilität geprüft, der Reliabilitätskoeffizient ist angegeben.

Validität: Das Forschungsdesign ist angemessen und eine Stichprobenberechnung wurde durchgeführt. Aufgrund der willkürlichen Stichprobe ist die Generalisierbarkeit eingeschränkt. Die Inhaltsvalidität ist mit nur einem Messinstrument in Bezug auf das

Problem zu wenig differenziert abgedeckt. Trotzdem wurde die Validität der Caregiver Burden Inventory (CBI) Skala beschrieben und Limitationen der Studie aufgezeigt.

5.2 Bakas et al. (2015)

Das Ziel der randomisierten kontrollierten klinischen Studie war die kurzfristige und langfristige Untersuchung der Wirksamkeit des telefonischen Assessments und einer Anleitung zum Fähigkeitsaufbau (Telephone Assessment and Skill-building Kit (TASK 2)) für PA. Dabei sollten depressive Symptome und negative Lebensveränderungen von PA verbessert und die Anzahl subjektiv ungesunder Tage reduziert werden, welche durch hohe Belastungen und unerfüllte Bedürfnisse entstanden. In die Studie wurden PA von CVI-Betroffenen, die aus zwei Rehabilitationsinstitutionen und sechs Akutspitälern im mittleren Westen der USA nach Hause austraten, eingeschlossen. N=254 PA wurden randomisiert und in zwei Interventionsgruppen IG1 (n=131) und IG2 (n=123) eingeteilt. Beide Gruppen wurden anhand des Schweregrads ihrer depressiven Symptome zusätzlich in jeweils zwei Subgruppen unterteilt. Die Subgruppen wurden anhand der Patient Health Questionnaire Depressive Symptome Skala (PHQ-9) in keine (PHQ-9<5) (IG1 n=65; IG2 n=65) und vorhandene (PHQ-9≥5) (IG1 n=66; IG2 n=58) depressive Symptome eingeteilt. Die Teilnehmer_innen waren im Durchschnitt 54 Jahre alt, mehrheitlich weiblich und die Hälfte war mit den CVI-Betroffenen verheiratet.

Interventionen

Beide Gruppen erhielten nach dem Austritt acht Mal einen wöchentlichen und zusätzlich nach 12 Wochen einen Anruf einer Pflegefachperson. Ergänzend wurde beiden Gruppen eine Broschüre der amerikanischen Herz- und CVI-Vereinigung abgegeben. Die Teilnehmenden der IG2 erhielten ein Arbeitsheft zum Stressmanagement und einen TASK 2 Leitfaden über Bedürfnisse und Sorgen von PA mit einer zugehörigen Bedürfnis-Checkliste von fünf Themen: CVI Informationen, Emotions- und Verhaltensmanagement nach einem CVI, Anbieten von umfassender Betreuung und persönlicher Umgang. Zu jedem Thema erhielt die IG2 ein Merkblatt und weitere fünf Merkblätter zum Aufbau ihrer Fähigkeiten. Diese thematisierten die Stärkung bereits vorhandener Fähigkeiten, Erkennen von depressiven Symptomen, Aufrechterhaltung von realistischen Erwartungen, Kommunikation mit Fachpersonen

und problemlösender Ansatz. Durch die Telefonate sollten die Teilnehmenden der IG2 unterstützt werden, ihre Bedürfnisse und Sorgen zu erkennen, entsprechende Merkblätter zu finden und ihre Anliegen anhand innovativer Strategien zum Aufbau ihrer Fähigkeiten anzugehen. Beim fünften Anruf wurde die Bakas Caregiving Outcomes Skala (BCOS) eingesetzt, um die Lebensveränderungen der PA zu erfassen und sie somit bei der Auswahl der Merkblätter zusätzlich zu unterstützen. In der IG1 lag der Fokus der Telefonate auf Unterstützungsmöglichkeiten unter Anwendung von Strategien des aktiven Zuhörens.

Ergebnisse

Die gesamthafte Dauer der Anrufe betrug in der IG2 durchschnittlich 215.2 Minuten und in der IG1 128.1 Minuten.

Nach 8 Wochen

In der IG2 verbesserten sich die Lebensveränderungen ($p<0.05$), sowie die depressive Symptomatik in der Subgruppe (PHQ-9≥5) ($p<0.001$) und in der gesamten IG2. Im Gruppenvergleich erwiesen sich beide Gruppen in ihren Lebensveränderungen ähnlich. Die IG2 zeigte jedoch eine grössere Verminderung von depressiven Symptomen ($p=0.013$) sowie von subjektiv ungesunden Tagen ($p=0.025$).

Nach 12 Wochen

In der IG2 verbesserten sich die Lebensveränderungen ($p<0.05$) und die depressiven Symptome sowohl in der Subgruppe (PHQ-9≥5) ($p<0.001$), als auch in der gesamten IG2 ($p<0.05$). In der Subgruppe der IG1 (PHQ-9≥5) nahmen die depressiven Symptome ebenfalls ab ($p<0.01$). Verglichen mit der IG1 konnte die IG2 Subgruppe (PHQ-9≥5) eine ausgeprägtere Verbesserung der Lebensveränderungen erzielen ($p=0.046$).

Nach 24 Wochen

Die Lebensveränderungen erwiesen sich in der IG2 als verbessert ($p<0.05$). Ebenso zeigte sich eine Verminderung der depressiven Symptomatik in der gesamten IG2 ($p<0.05$), sowie deren Subgruppe (PHQ-9≥5) ($p<0.001$). Die depressiven Symptome nahmen in der Subgruppe der IG1 (PHQ-9≥5) signifikant ab ($p<0.001$). Jedoch hatte

die IG2 Subgruppe (PHQ-9≥5) im Gruppenvergleich weniger depressive Symptome als die IG1 ($p=0.041$).

Nach 52 Wochen

Die depressive Symptomatik verminderte sich in der IG2 ($p=0.001$) sowie in ihrer Subgruppe (PHQ-9≥5) ($p<0.001$). Auch die Lebensumstände haben sich nach dieser Zeit in der IG2 verbessert ($p<0.05$). Im Gruppenvergleich haben die depressiven Symptome in der IG2 Subgruppe (PHQ-9≥5) stärker abgenommen als in der IG1 ($p=0.008$).

Güte

Objektivität: Die Datenanalyse entspricht den Skalenniveaus der verwendeten Messinstrumente. Die Forschenden waren bei der Datenerhebung in Bezug auf die Randomisierung verblindet. Die Variablen bezüglich der verwendeten Messinstrumente wurden beschrieben, was für die Objektivität spricht. Ebenfalls wurde ein Intent-to-treat-Prinzip angewendet. Jedoch wurde trotz demografischer Datenerhebung von den Patientinnen und Patienten keine Einverständniserklärung eingeholt. Die Daten wurden nicht auf ihre Normalverteilung geprüft.

Reliabilität: Die durchgeführte Intervention wurde nur teilweise ausführlich beschrieben, weshalb es schwierig ist, die Durchführung zu reproduzieren. Ebenso ist nicht nachvollziehbar, weshalb das Messinstrument, die Bakas Caregiving Outcomes Skala (BCOS), sowohl beim fünften Anruf als Teil der Intervention als auch bei der Datenerhebung nach acht Wochen eingesetzt wurde. In der Studie wurde beschrieben, zu welchen Zeitpunkten die Erhebung der Variablen stattfand. Die Reliabilität der Messinstrumente wurde durch Cronbach α überprüft.

Validität: Das Forschungsdesign ist angemessen und eine Stichprobenberechnung wurde durchgeführt. Aufgrund der willkürlichen Stichprobe ist die Generalisierbarkeit eingeschränkt. In der Studie wurden Limitationen von den Forschenden angegeben und die Validität der Messinstrumente beschrieben.

5.3 Camicia et al. (2021)

Das Ziel der qualitativen explorativen Studie war eine Untersuchung der Sorgen von PA über die langfristigen Auswirkungen des CVIs und ihrer pflegerischen Rolle, nachdem sie das Instrument zur Beurteilung der Bereitschaft für die Transition nach Hause (Preparedness Assessment for the Transition Home After Stroke Instrument (PATH-s)) ausgefüllt haben. Diese Untersuchung sollte zu einem besseren Verständnis der Sorgen von PA vor dem Austritt dienen. Es wurden n=20 PA von CVI-Patientinnen und -Patienten einer Rehabilitationseinrichtung in die Studie miteingeschlossen. Die Mehrzahl der Teilnehmenden war weiblich, verheiratet und über 55 Jahre alt. Nachdem die Teilnehmenden das PATH-s selbstständig ausgefüllt hatten, wurden sie anhand von kognitiven Interviews über ihre Überlegungen betreffend des PATH-s befragt.

Intervention

Das PATH-s dient als Selbstassessment-Instrument für PA in Rehabilitationsinstitutionen, um ihre Bereitschaft und allfällige Anliegen vor dem Austritt nach Hause ausfindig zu machen. Die Informationen des ausgefüllten PATH-s können anschliessend von Rehabilitations-Pflegekräften genutzt werden, um Sorgen und Verständnislücken von PA zu identifizieren. Die im PATH-s verwendeten Themen werden in Tabelle 6 veranschaulicht.

Tabelle 6

Assessment-Domänen (Lutz et al., 2017, zitiert nach Camicia et al., 2021)

Überthemen	Unterthemen
Engagement	Beziehung zwischen PA und Patient_in
	Bereitschaft für die Rolle als PA
Kapazität	Gesundheitlicher Zustand
	Rollen und Aufgaben vor dem CVI
	Pflegerische Erfahrungen vor dem CVI
	Infrastrukturelle Gegebenheiten zu Hause
Ressourcen	Informale und formale Unterstützung
	Finanzen
Durchhaltevermögen	
Reaktion auf den CVI	Umgang mit dem CVI
	Langfristige Auswirkungen

Ergebnisse

Die Unklarheit bezüglich der CVI Prognose, nämlich die Ungewissheit des Ausmasses und der Zeitspanne des Genesungsprozesses, stellte eine grosse Unsicherheit der Teilnehmenden dar. Ebenfalls äusserten PA ihre Bedenken über die plötzliche Verantwortung und die Auswirkungen der neuen Rolle auf bereits bestehende Aufgaben und Rollenverhältnisse. Viele Teilnehmende machten sich Gedanken über die Beziehung zu den CVI-Betroffenen und diesbezügliche künftige Veränderungen. Die physischen Beanspruchungen als PA stellten ebenfalls einen grossen Belastungspunkt dar, wobei PA dazu tendierten, eigene bestehende gesundheitliche Probleme zu minimieren. Viele Teilnehmenden hinterfragten ihre Fähigkeit, die Rolle als PA langfristig tragen zu können. Dabei realisierten sie den Stellenwert von Selbstfürsorge und der eigenen Gesundheit, um die Aufgaben als PA auszuführen. Dies wird durch die Aussage einer/eines Teilnehmenden deutlich.

> It made me think of my own health and the capabilities I may need to work on, like building upper body strength to help with what she may need. It made me think about mentally how prepared I am as well. (S. 36)

Durch das PATH-s Instrument wurden PA angeregt, sich über die Auswirkungen des CVIs Gedanken zu machen und erforderliche Ressourcen für die Pflege zu Hause miteinzubeziehen, um ihre Rolle langfristig aufrechtzuerhalten.

Güte

Bestätigung: Das Forschungsteam führte zu ihren Diskussionen ein Protokoll.

Zuverlässigkeit: Die Forschenden führten ihre Daten und Erkenntnisse regelmässig zusammen und reflektierten, verglichen und diskutierten diese.

Glaubwürdigkeit: Es fand keine kommunikative Validierung statt, was die Glaubwürdigkeit in Frage stellt. Jedoch wurde eine Forscher-Triangulation durchgeführt. Die Daten der kognitiven Interviews wurden durch in qualitativer Forschung erfahrene Pflegefachpersonen unabhängig voneinander kodiert.

Übertragbarkeit: Das Studiensetting und die Teilnehmenden wurden beschrieben. Die Generalisierbarkeit ist aufgrund der willkürlichen Stichprobe eingeschränkt. Wiederum wurden die Ergebnisse übersichtlich und strukturiert präsentiert und im

Fliesstext durch Zitate der Teilnehmenden gestützt. Die Implementation der Studienergebnisse und des PATH-s Instruments in die Pflege wurde beschrieben und begründet.

5.4 Cheng et al. (2018)

Die multizentrische randomisierte kontrollierte Studie evaluierte die Wirksamkeit eines ressourcenorientierten Psychoedukations-Programms auf die Pflegekompetenz, Problemlösungsfähigkeiten, depressiven Symptome, Belastungen und physische Gesundheit der PA, sowie auf die potenzielle Platzierung der CVI-Betroffenen in Pflegeeinrichtungen. Es wurden folgende zwei Hypothesen gestellt: (1) Im Vergleich zur KG besitzt die IG signifikant höhere Pflegekompetenzen, lösungsorientierte Copingstrategien, weniger depressive Symptome und Belastungen, bessere Ressourcen und physische Gesundheit. (2) Im Vergleich zur KG werden weniger CVI-Betroffene der IG in Pflegeeinrichtungen platziert. Es nahmen n=142 Paare von PA und Patient_in aus einem regionalen Akutspital und zwei Rehabilitationskliniken in Hong Kong, die nach Hause austraten, teil. 75% der Teilnehmer_innen waren weiblich und 57.3% waren Kinder der CVI-Betroffenen. Das durchschnittliche Alter lag bei 49.1 Jahren. Die Teilnehmer_innen wurden in eine IG n=64 und eine KG n=64 randomisiert. Die KG erhielt die gewöhnliche Pflege. Diese gestaltete sich durch die Abgabe einer Informationsbroschüre über den CVI, kurze Ratschläge einer Pflegefachperson vor dem Austritt und eine ambulante Nachsorge nach dem Austritt.

Intervention

Die IG erhielt das zweiteilige Psychoedukations-Programm, welches durch eine Pflegefachperson sowohl in allgemeiner als auch psychiatrischer Fachrichtung durchgeführt wurde. Zusätzlich wurde eine Informationsbroschüre mit Informationen zum CVI, Pflege zu Hause und Selbstfürsorge für PA abgegeben. Die Intervention beinhaltet grundlegend drei Komponenten: 1. Affektives Erleben, wobei der Fokus auf der Umwandlung von täglichem Stress in eine positive emotionale Reaktion liegt, 2. Verhaltensregulierung, welche die Fähigkeiten und Gewohnheiten der PA verändert, um die eigene Gesundheit zu fördern, und 3. Kognitive Beherrschung, welche die Wahrnehmung von Problemen neugestaltet und Problemlösungsfähigkeiten fördert.

Im ersten Teil vor dem Austritt fanden zwei Edukationsgespräche zu je 45 Minuten statt. Im ersten Gespräch erhielten die PA Informationen zum CVI und zur Pflege (An- und Auskleiden, Hygiene, Umgang mit Dysphagie, Kommunikation und Mobilität), sowie praktische Übungen zu Mobilisation und Transfers. Im zweiten Gespräch wurde die Selbstfürsorge für PA und das Stressmanagement (Atem- und Muskelrelaxationsübungen, Unterstützung durch soziale Netzwerke und Ressourcen) thematisiert.

Nach dem Austritt erhielten die PA sechsmal alle zwei Wochen ein je 30-minütiges telefonisches Problemlösungs-Training (D'Zurilla & Neuz, 1982, Houts, Neuz, Nezu & Bucher, 1996, zitiert nach Cheng et al., 2018). Das erste Telefongespräch fand zwei Wochen nach dem Austritt statt. Die Pflegefachperson leitete die PA mit folgenden fünf Schritten durch das Skills-Training: Problemerkennung, Erarbeitung von Lösungsalternativen, Entscheidungsfindung, Lösungsumsetzung und Einschätzung des Ergebnisses.

Ergebnisse

Im Vergleich zur KG kam es bei der IG zu einer signifikanten Verbesserung der Pflegekompetenz ($p<0.01$), der Problemlösungsfähigkeit ($p=0.03$) und der Zufriedenheit mit der erhaltenen sozialen Unterstützung ($p<0.01$). Einen Monat nach der Intervention kam es bei der IG zu einer signifikanten Verbesserung der familiären Funktionsfähigkeit ($p=0.05$). Drei Monate nach der Intervention waren die pflegebezogenen Belastungen für PA signifikant tiefer als in der KG ($p<0.05$). Zwischen den Problemlösungsfähigkeiten und den Pflegekompetenzen kam es zu einer signifikanten Korrelation ($p<0.01$). Jedoch wurde im Zeitraum nach der Intervention bis drei Monate danach kein signifikanter Unterschied der wahrgenommenen physischen Gesundheit und Belastungen der PA aufgezeigt. Dennoch wies die Interventionsgruppe eine bessere wahrgenommene Gesundheit und tiefere Belastungen im Vergleich zur KG auf. Die Studie zeigte ebenfalls keine signifikanten Verbesserungen von depressiven Symptomen der PA.

Güte

<u>Objektivität:</u> Die Skalenniveaus wurden berücksichtigt, jedoch scheint die Datenanalyse teilweise unpassend zum Studiendesign, beispielsweise aufgrund der

Verwendung einer Arbeits-Korrelationsmatrix. Da die Forschenden in Bezug auf die Datenerhebung verblindet waren, stärkt dies die Objektivität. Die Variablen wurden in Bezug auf verwendete Messinstrumente genau beschrieben, jedoch wurde die Wahl der abhängigen Variablen nicht begründet. Die Einverständniserklärung wurde von PA und von CVI-Betroffenen erhoben.

Reliabilität: Die Intervention wurde detailliert beschrieben, speziell die Inhalte der Telefonate. Die Zeitpunkte der Datenerhebung wurden klar beschrieben. Zudem sind Reliabilitätskoeffizienten für Messinstrumente angegeben.

Validität: Das Forschungsdesign ist angemessen. Die Forschenden führten vorgängig eine Stichprobenberechnung durch. Die Generalisierbarkeit ist aufgrund der willkürlichen Stichprobe eingeschränkt, jedoch begründeten die Forschenden die Schwachstelle. Die Limitationen sind nicht explizit erwähnt. Die Validität der Messinstrumente wurde beschrieben.

5.5 Day et al. (2021)

Die randomisierte kontrollierte Studie hatte das Ziel, den Effekt der häuslichen Pflegeintervention nach einem CVI (Nursing Home Care Intervention Post Stroke (SHARE)) in Bezug auf Belastungen von PA von älteren CVI-Betroffenen zu evaluieren. Es nahmen n=48 PA von älteren CVI-Patientinnen und -Patienten (≥60 Jahre) einer CVI spezialisierten Station eines brasilianischen Spitals teil. Die Teilnehmenden wurden in eine IG n=24 und eine KG n=24 randomisiert. Die PA beider Gruppen waren durchschnittlich 53.5 Jahre alt. In der IG waren 79.2% und in der KG 95.8% weiblich.

Die KG erhielt die Standardpflege. Dazu gehörten Informationen über den CVI, Ernährung, Medikation und Mobilität. Diese Informationen erhielten sie vor dem Austritt von einem multidisziplinären Team. Es folgten reguläre Kontrolltermine für CVI-Patientinnen und -Patienten.

Intervention

Die IG erhielt zusätzlich zur Standardpflege die SHARE Intervention. Diese beinhaltete drei je stündliche Hausbesuche durch zwei Pflegefachpersonen. Der erste Hausbesuch fand zwei Wochen nach dem Austritt statt, die restlichen in wöchentlichen Abständen. Die Pflegefachpersonen verfolgten eine

problemorientierte Herangehensweise, indem sie sich an den Bedürfnissen der PA orientierten. Sie demonstrierten verschiedene praktische Tätigkeiten und nutzten zudem ein Interventionsprotokoll, welches folgende pflegerische Bereiche beinhaltete: Informationen zum CVI, emotionale Unterstützung, verfügbare Angebote von Gesundheitsdienstleistungen, Ernährung, Atemwege, Medikation, Hygiene, Hautpflege, Ausscheidung, An- und Auskleiden, Lagern und Transfers. Es wurde ebenfalls schriftliches und illustriertes Material abgegeben, welches sich auf die demonstrierten Pflegemassnahmen der Pflegefachpersonen bezog.

Ergebnisse

Die IG wies im Vergleich zur KG bei der ersten Datenerhebung höhere Belastungen in Bezug auf generellen Stress, Enttäuschungen und Umwelt auf. Die Belastungen blieben nach 60 Tagen in beiden Gruppen ähnlich hoch. Die Gesamtbelastung der PA nahm in beiden Gruppen zu, jedoch war sie in der KG höher. Die Unterschiede waren allerdings nicht signifikant. Die wahrgenommene Isolation der PA nahm in der KG zwischen Baseline und einem Jahr signifikant zu ($p=0.047$). Nach einem Jahr zeigte sich in der IG im Vergleich zur KG weniger Isolation ($p=0.021$). Die emotionalen Belastungen zeigten in der IG von der Baseline zu einem Jahr eine signifikante Zunahme ($p=0.003$). Der allgemeine Stress und die Enttäuschung haben in der IG im Vergleich zur KG abgenommen, jedoch waren die Gruppenunterschiede nicht signifikant.

Güte

Objektivität: Die Datenanalysen entsprechen den Skalenniveaus, jedoch wurden die Daten nicht auf die Normalverteilung geprüft. Die Forscher_innen waren in Bezug auf die Datenerhebung verblindet. Die Variablen in Bezug auf verwendete Messinstrumente wurden klar beschrieben. Die Forschenden verfolgten ein Intent-to-treat Ansatz verfolgt, jedoch fehlen die Angaben der Dropouts. Eine Einverständniserklärung wurde von PA und von CVI-Betroffenen erhoben.

Reliabilität: Da die Intervention teilweise individuell gestaltet wurde, fehlt eine detaillierte Beschreibung der Durchführung. Die Variablen, sowie die Zeitpunkte der Datenerhebungen, wurden beschrieben, jedoch scheint der Abstand von 60 Tagen zu einem Jahr gross. Die Reliabilität der brasilianischen Version der Caregiver

Burden Scale ist angegeben, jedoch wurde sie in Bezug auf rheumatische Erkrankungen geprüft.

Validität: Das Forschungsdesign scheint angemessen und es wurde eine Stichprobenberechnung durchgeführt. Aufgrund der willkürlichen Stichprobe ist die Generalisierbarkeit eingeschränkt. Limitationen wurden von den Forschenden beschrieben. Die Validität der brasilianischen Caregiver Burden Scale ist angegeben, jedoch wurde sie ebenfalls in Bezug auf rheumatische Erkrankungen geprüft. Zudem ist die Inhaltsvalidität in Bezug auf das Phänomen mit nur einem Messinstrument zu wenig differenziert abgedeckt.

5.6 Gaio et al. (2019)

Die retrospektive kontrollierte Studie evaluierte die positiven Auswirkungen einer passiven multidisziplinären Intervention auf Belastungen und Depressionen von PA von CVI-Betroffenen während der frühen Genesungsphase. Es nahmen n=100 PA einer universitären CVI-Station im Norden Italiens teil. Die Teilnehmer_innen waren durchschnittlich 61 Jahre alt und 57% davon waren Frauen. Sie wurden in eine IG n=56 und in eine KG n=44 eingeteilt. Die KG erhielt die übliche Standardpflege gemäss den spitalinternen Richtlinien.

Intervention

Die Intervention wurde in einem multidisziplinären Team aus Pflegefachpersonen, Neuropsychologinnen und Neuropsychologen, und Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten entwickelt. Die zweistündige Gruppenintervention mit jeweils acht bis zwölf Teilnehmer_innen wurde von einer Pflegefachperson durchgeführt. Sie bestand aus einem Seminar und einer anschliessender Fragerunde und wurde circa eine Woche nach Spitaleintritt der Patientinnen und Patienten durchgeführt. Das Seminar beinhaltete folgende sieben Komponenten: Informationen zum CVI, Thrombose-Therapie, Dysphagie und Dysarthrie, Neglect, Mobilität und psychische Veränderungen nach einem CVI. Die Pflegefachperson erhielt punktuell interdisziplinäre Unterstützung in den Themen Dysphagie und Dysarthrie, Neglect und Mobilität.

Ergebnisse

Die physischen und emotionalen Belastungen der PA der IG reduzierten sich im Pre-Post Vergleich signifikant ($p<0.01$). In der KG konnte kein signifikanter Unterschied nachgewiesen werden. Nach der Intervention reduzierten sich in der IG ebenfalls die depressiven Symptomatiken signifikant ($p=0.03$). Im Gruppenvergleich wies die IG nach der Intervention ein geringeres Auftreten von starken depressiven Symptomen auf ($p<0.01$).

Güte

Objektivität: Die Datenanalyse entspricht den Skalenniveaus und die Variablen wurden in Bezug auf verwendete Messinstrumente beschrieben. Zudem wurde die Objektivität der Messinstrumente beschrieben. Eine Randomisierung der Stichprobe fehlte, sodass ein möglicher Allokations- oder Selektions-Bias nicht auszuschliessen ist. Die Datenanalyse wurde verblindet durchgeführt. Ausserdem wurden keine ethischen Punkte beschrieben.

Reliabilität: Der Inhalt der Intervention und die verwendeten Messinstrumente wurden detailliert beschrieben. Jedoch fehlen die Angaben von Reliabilitäts-koeffizienten der Messinstrumente. Im Gegensatz zu den Zeitpunkten der Daten-erhebung wurden die Ein- und Ausschlusskriterien nicht genau beschrieben. Durch die freiwillige Zuteilung in die IG könnte ein möglicher Bias entstanden und die Reproduzierbarkeit dadurch eingeschränkt sein.

Validität: Das retrospektive Design scheint für das verwendete Studiendesign eher unangemessen. Ausserdem wurde keine Stichprobenberechnung durchgeführt, jedoch scheint die Stichprobengrösse passend zu sein. Aufgrund der willkürlichen Stichprobe ist die Generalisierbarkeit eingeschränkt. Post-hoc wurde eine G*Power Berechnung durchgeführt, was die Validität stärkt. Das verwendete Beck-Depressions-Inventar ist für bereits diagnostizierte Depressionen ausgelegt und ist dementsprechend unpassend zur Variable. Die Daten wurden auf die Normal-verteilung überprüft und die Messinstrumente scheinen valide und passend zur Population zu sein. Die Beschreibung der Limitationen ist knapp.

5.7 Kim et al. (2012)

Das Ziel der quasi-experimentellen Studie war die Entwicklung einer wirksamen Gruppenintervention im Spital, kombiniert mit einer telefonischen Intervention für zu Hause. Dieses Programm sollte die Belastungen von PA reduzieren, um so nach dem Spitalaustritt die Anpassung im häuslichen Setting zu erleichtern. Das zusätzliche Ziel der Studie war die Überprüfung der Wirksamkeit dieses Programms, um es zukünftig ins Gesundheitssystem implementieren zu können. Folgende Hypothese wurde aufgestellt: Wenn PA von CVI-Betroffenen zusätzlich zur Gruppenintervention das telefonische Programm zu Hause erhalten, werden ihre Belastungen im Vergleich zur KG tiefer sein. An der Studie nahmen n=73 PA von CVI-Patientinnen und -Patienten aus fünf auf CVI spezialisierten Spitälern in Seoul, Südkorea, teil, welche in eine KG n=31 und eine Experimentalgruppe (EG) n=42 eingeteilt wurden. Die Teilnehmenden waren durchschnittlich 56 Jahre (EG) und 50 Jahre (KG) alt, mehrheitlich weiblich und verheiratet.

Interventionen

Das Gruppenprogramm, welches für beide Gruppen geplant war, fand in Form einer Vorlesung mit einer Präsentation im Spital statt. Gefolgt wurde die Vorlesung von einer anschliessenden Gruppendiskussion. Zusätzlich erhielten beide Gruppen einen für CVI-Betroffene und ihre Angehörigen entwickelten Leitfaden.

Die telefonische Intervention beinhaltete insgesamt 14 Anrufe von Pflegefachpersonen während drei Monaten, wobei im ersten Monat die Telefonate zweimal wöchentlich, im zweiten Monat wöchentlich und im dritten Monat erneut zweimal wöchentlich durchgeführt wurden. Die Inhalte der Anrufe deckten folgende Themen des Interventions-Protokolls ab: Vorstellung des Forschungsteams, Rückbestätigung der Bedürfnisse von PA nach Spitalaustritt, Anbieten von emotionaler und sozialer Unterstützung, Informationen oder Schulung entsprechend nach den Bedürfnissen der PA.

Ergebnisse

In den ersten vier Wochen nach dem Spitalaustritt nahmen die Belastungen der PA in beiden Gruppen zu. Nach 12 Wochen verringerten sich die Belastungen in der EG und erhöhten sich in der KG, was einen signifikanten Unterschied im

Gruppenvergleich darstellt (p=0.027). Zudem zeigte sich innerhalb der Gruppen eine signifikante Interaktion von Gruppe x Zeit (p=0.033). Die Belastungen der PA in der EG nahmen stetig ab und der Effekt der kombinierten Interventionen wurde im Vergleich zur KG signifikant.

Güte

Objektivität: Die Datenanalyse entspricht den Skalenniveaus und die Variablen wurden in Bezug auf die verwendeten Messinstrumente beschrieben. Jedoch wurde nicht auf die Normalverteilung überprüft und keine Verblindung beschrieben. Es wurde nur von den PA eine Einverständniserklärung erhoben und nicht von den CVI-Betroffenen. Zudem erhielten alle Teilnehmenden drei US-Dollars, um die Umfrage abzuschliessen, was ethisch fragwürdig ist. Ein möglicher Selektions-Bias kann nicht ausgeschlossen werden, da die Gruppeneinteilung nicht beschrieben wurde.

Reliabilität: Die Zeitpunkte der Datenerhebungen wurden beschrieben. Es wurde nicht angegeben, von wem die Gruppenintervention durchgeführt wurde. Es fehlten Angaben zum Reliabilitätskoeffizient des Messinstrumentes für die Belastungen von PA. Jedoch schränken die Einschlusskriterien für die Stichprobe und die fehlenden Angaben zur Intervention die Reproduzierbarkeit ein.

Validität: Das Forschungsdesign ist in Bezug auf die Fragestellung angemessen, jedoch wäre ein randomisiert kontrolliertes Design sinnvoller gewesen. Da die Gruppen nicht randomisiert wurden, spricht dies für eine geringe interne Validität. Es wurde eine Stichprobenberechnung durchgeführt, jedoch ist die Generalisierbarkeit aufgrund der willkürlichen Stichprobe eingeschränkt. Die Forschenden haben Limitationen beschrieben und die Messinstrumente scheinen valide zu sein.

5.8 King et al. (2012)

Die randomisierte kontrollierte klinische Studie untersuchte eine Problemlösungs-Intervention (Caregiver problem-solving Intervention (CPSI)) für PA von CVI-Betroffenen, um negative Auswirkungen für PA zu vermindern und zu vermeiden. Dazu wurden zwei Hypothesen gestellt: (1) Die CPSI Gruppe zeigt im Vergleich zur Warteliste-Gruppe (wait-list control group (WLC)) eine grössere Verbesserung von depressiven Symptomen, Angst, Bereitschaft für Lebensänderungen und Funktion innerhalb der Familie. (2) Die subjektive Bewertung der Betreuung und das

Problemlösen beeinflussen die Ergebnisse. Die Hypothesen wurden zusätzlich mit einer exploratorischen Fragestellung ergänzt: Unterscheiden sich die beiden Gruppen zeitlich in ihrer wahrgenommenen physischen Gesundheit?

An der Studie nahmen n=255 PA von CVI-Patientinnen und -Patienten aus zwei Rehabilitationskliniken und zwei spitalinternen Rehabilitationsabteilungen in Chicago teil. Die Teilnehmenden wurden randomisiert und in eine IG1 n=136 und eine IG2 n=119 eingeteilt. Die Teilnehmer_innen waren durchschnittlich 54.6 Jahre alt, in der IG1 waren 76.5% und in der IG2 80.7% weiblich.

Interventionen

Beide Gruppen erhielten die Standardpflege, zu welcher die Austrittsplanung und Nachbehandlung gehörte. Zudem erhielten die PA eine Broschüre über Stressmanagement und hatten die Möglichkeit, das Magazin der amerikanischen Herz- und CVI-Vereinigung zu abonnieren. Teilnehmende mit einem ≥30 Wert der depressiven Symptome wurden an eine Beratung überwiesen.

Die IG2 erhielt die WLC Intervention. Sie wurden nach der Baseline Datenerhebung, sowie zwei und fünf Monate danach von einer unabhängigen Beratungsperson kontaktiert und nach ihrem Wohlergehen gefragt. Nach sechs Monaten hatten sie die Möglichkeit, eine optionale Behandlung in Anspruch zu nehmen. Diese bestand aus fünf 30-minütigen telefonischen Sitzungen, die durch drei Studierende der klinischen Psychologie durchgeführt wurden. Sie wendeten aktives Zuhören ohne problemlösende oder informative Beratung an.

Die IG1 erhielt die CPSI, ein problemorientiertes Training, das von zwei Pflegefachpersonen und zwei Psychologie-Doktorandinnen und -Doktoranden durchgeführt wurde. Die Intervention bestand aus zehn Sitzungen mit folgenden Themen: Stressmanagement, Problemlösen, emotionaler und sozialer Einfluss der erbrachten Pflege, depressive Symptome und deren Prävention, Selbstfürsorge, Familienrollen und Ressourcen. Die ersten zwei Sitzungen fanden im Spital statt. Die folgenden fünf telefonischen Sitzungen fanden nach dem Austritt in wöchentlichen Abständen statt. Die letzten drei Sitzungen wurden ebenfalls telefonisch in zwei-wöchentlichen Abständen durchgeführt.

Ergebnisse

Durchschnittlich dauerten die Anrufe jeweils 37 Minuten in der IG1 und 18 Minuten in der IG2. Es zeigte sich zu Beginn ein hohes Vorkommen von Depressionen (75%). 28% aller Teilnehmer_innen wiesen anfänglich eine moderate bis schwere Depression auf. Zwölf Monate nach Austritt sank dieser Wert auf 10%. 89 Teilnehmenden wurden wegen Anzeichen von moderaten bis schweren depressiven Symptomen eine Beratung empfohlen. Es wurden keine Gruppenunterschiede in Bezug auf die Prävalenz einer Depression oder bezüglich einer Beratungsempfehlung nachgewiesen ($p=0.78$). Nach vier Monaten kam es in der IG1 zu einer signifikanten Abnahme von Depressionen ($p=0.035$) und einer positiveren Empfindung von Lebensveränderungen ($p=0.033$) und Gesundheit ($p<0.05$). Es zeigte sich, dass eine für PA stärkere Bedrohung ein signifikanter Einflussfaktor für folgende Variablen ist: negative Lebensveränderungen ($p<0.001$), tiefere Bereitschaft für die Rolle als PA ($p<0.001$), Depressionen ($p<0.001$) und Angst ($p<0.001$). Bessere Problemlösungsstrategien führten zu einer besseren Bereitschaft der PA.

Güte

Objektivität: Die Datenanalyse entspricht den Skalenniveaus und die Variablen wurden in Bezug auf verwendete Messinstrumente beschrieben. Die Datenerhebung fand für die Forscher verblindet statt. Die Einverständniserklärung von CVI-Patientinnen und -Patienten lag nicht vor, obwohl ihre demografischen Daten erhoben wurden. Zudem wurden Karten und Geld verschickt, um den Ausstieg von den Teilnehmenden zu vermeiden, was ethisch fragwürdig ist.

Reliabilität: Die Zeitpunkte der Datenerhebungen, sowie die Inhalte der Intervention wurden beschrieben. Jedoch ist der genaue Ablauf der Intervention teilweise unklar. Die Reliabilität der Messinstrumente wurde beschrieben.

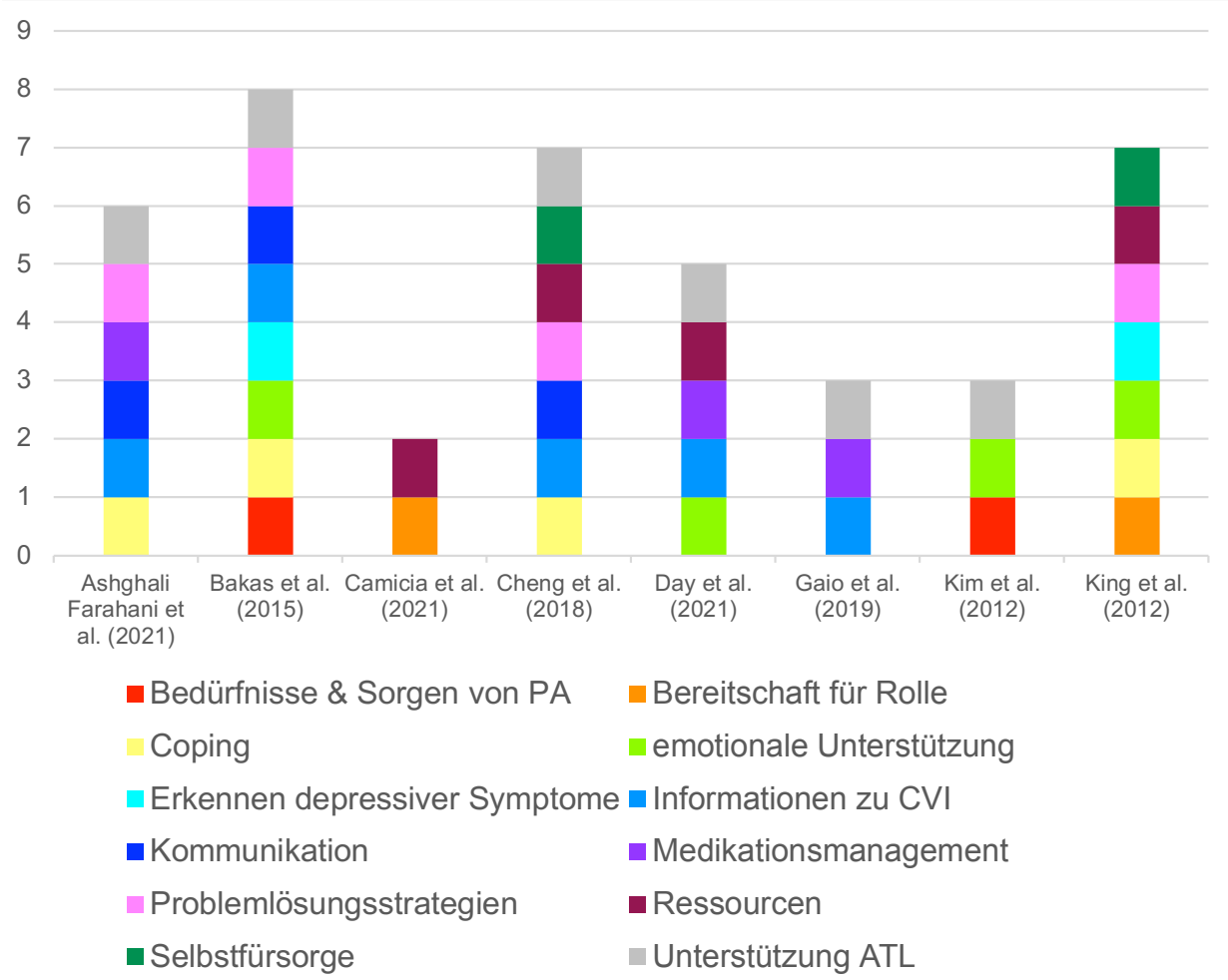
Validität: Das Forschungsdesign passt zur Forschungsfrage und es wurde eine Stichprobenberechnung durchgeführt. Aufgrund der willkürlichen Stichprobe ist die Generalisierbarkeit eingeschränkt. Die Validität der Messinstrumente wurde beschrieben und Limitationen wurden angegeben.

5.9 Grafik

Die folgende Abbildung 2 zeigt die unterschiedlichen Inhalte der Interventionen der eingeschlossenen Studien. Aus den verschiedenen Interventionsinhalten definierten die Autorinnen thematische Überbegriffe und teilten sie entsprechend ein. Im Kapitel 6.3 wird näher auf die Abbildung eingegangen.

Abbildung 2

Darstellung der Interventionsinhalte



6 Diskussion

Im folgenden Kapitel wird die Gesamtgüte der eingeschlossenen Studien eingeschätzt und diskutiert. Anschliessend folgt eine diskursive Auseinandersetzung mit den Studienergebnissen und den beschriebenen Pflegeinterventionen. Dabei werden Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Widersprüche aufgezeigt und mit Herausforderungen und Bedürfnissen von PA verglichen.

6.1 Gesamtgüte

Alle Studien weisen eine klar definierte Fragestellung auf. Abgesehen von der Studie von Gaio et al. (2019) passt das verwendete Forschungsdesign zur Fragestellung. Alle Studien weisen eine willkürliche Stichprobe auf, was die Generalisierbarkeit einschränkt. Ausser bei Gaio et al. (2019), wurde bei allen quantitativen Studien eine Stichprobenberechnung durchgeführt. Alle Studien weisen eine homogene Stichprobe auf. Die Forschungsmethoden sind bei keiner Studie vollkommen mängelfrei. Ashghali Farahani et al. (2021) und King et al. (2012) beschrieben die Interventionen teilweise undifferenziert. Die gewählten Messinstrumente sind einzig bei Gaio et al. (2019) unpassend. Ethisch fragwürdig ist, dass abgesehen von Camicia et al. (2021), Cheng et al. (2018) und Day et al. (2021) keine Einverständniserklärung von CVI-Patientinnen und -Patienten eingeholt wurde, obwohl demografische Daten erfasst wurden. Die Güte der Studien (Camicia et al., 2021; Cheng et al., 2018) wird als gut eingeschätzt. Die Studien (Ashghali Farahani et al., 2021; Bakas et al., 2015; Day et al., 2021; King et al., 2012) werden als mittlere Güte eingeschätzt. Die Güte zweier Studien (Gaio et al., 2019; Kim et al., 2012) wird ungenügend beurteilt.

6.2 Vergleich der Ergebnisse

Es zeigte sich eine Abnahme der Belastungen von PA in diversen Studien (Ashghali Farahani et al., 2021; Cheng et al., 2018; Gaio et al., 2019; Kim et al., 2012). Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass teilweise unterschiedliche Aspekte der Belastungen gemessen wurden. Beispielsweise differenzierten Ashghali Farahani et al. (2021) zeitbeanspruchende, anpassungsbedingte, physische, soziale und emotionale Belastungen, wobei sich Cheng et al. (2018) nur auf gesamthafte pflegebezogene Belastungen beschränkten. Auch Day et al. (2021) untersuchten die Auswirkungen der Intervention auf Belastungen von PA, stellten jedoch als einzige Studie eine nicht signifikante Zunahme der Belastungen beider Gruppen (IG und KG) fest. Begründet wurde dies einerseits durch die Wahl eines unpassenden Messinstrumentes und anderseits durch die sozio-ökonomischen Einflussfaktoren Brasiliens. Auffallend ist, dass einzig Cheng et al. (2018) die Pflegekompetenz untersuchten. Sie konnten eine Korrelation der Pflegekompetenz und der problemlösenden Fähigkeiten aufzeigen. King et al. (2012) wiesen nach, dass gute Problemlösungsstrategien zu einer besseren Bereitschaft der PA führten.

Die Ergebnisse von Grant et al. (2002) belegen ebenfalls, dass PA mit besseren Problemlösungsfähigkeiten eine grössere Bereitschaft und weniger Depressionen aufweisen. In anderen eingeschlossenen Studien beinhalteten die Interventionen ebenfalls problemlösende Aspekte, die jedoch nicht in den Ergebnissen gemessen wurden (Ashghali Farahani et al., 2021; Bakas et al., 2015). Eine weitere Variable, die in einigen Studien untersucht wurde und sich durch die Interventionen verbesserte, sind die Depressionen (Bakas et al., 2015; Gaio et al., 2019; King et al., 2012). Die Ergebnisse von Gaio et al. (2019) sind jedoch kritisch zu betrachten, da das verwendete Messinstrument für bereits diagnostizierte Depressionen ausgelegt ist und somit nicht valide ist. Cheng et al. (2018) wiesen keine signifikante Verbesserung von Depressionen nach. Vier eingeschlossene Studien befassten sich durch unterschiedliche Herangehensweisen mit der Gesundheit der PA. Dabei massen Cheng et al. (2018) und Kim et al. (2012) die von PA wahrgenommene physische Gesundheit als eine separate Variable. Allerdings konnten Cheng et al. (2018) keine Signifikanz nachweisen und Kim et al. (2012) erhoben lediglich bei der ersten Datenerhebung den Gesundheitszustand der PA. Bakas et al. (2015) und King et al. (2012) stützten sich bei der Erfassung der Gesundheit auf dasselbe Messinstrument (BCOS), das die Gesundheit in den zwei Items «subjektives Wohlbefinden» und «somatische Gesundheit» abbildet. In beiden Studien wirkten sich die Interventionen positiv auf die Gesundheit der PA aus. Camicia et al. (2021) erkannten, dass PA dazu neigen, ihre eigenen gesundheitlichen Probleme zu minimieren. So stellt sich die Frage, ob der subjektive Gesundheitszustand anhand von Messinstrumenten wahrheitsgetreu erfasst werden kann. Dennoch betonten Camicia et al. (2021), dass sich PA eigentlich über den Stellenwert der eigenen Gesundheit bewusst sind.

6.3 Vergleich der pflegerischen Interventionen

Die Grafik der Abbildung 2 zeigt eine gesamthaft grosse Bandbreite an Interventionsinhalten. Anhand der Farben und der thematischen Gliederung sind gewisse Unterschiede und Gemeinsamkeiten erkennbar. Bakas et al. (2015) zeigen die höchste inhaltliche Variation der Interventionen. Dies könnte damit begründet werden, dass in der Studie der Fokus nicht nur auf der Unterstützung von PA in Bezug auf die Pflege, sondern auch auf dem Aufbau ihrer persönlichen Fähigkeiten lag. Cameron und Gignac (2008) beobachteten, dass mehrkomponentige Interventionen mit psychotherapeutischen und psychoedukativen Elementen grosse

positive Auswirkungen auf Belastungen von PA, Wohlbefinden und Lebensqualität haben. Dies wird auch in anderen Studien mit psychoedukativen Interventionsinhalten durch die Abnahme pflegebezogener Belastungen (Ashghali Farahani et al., 2021; Cheng et al., 2018; Kim et al., 2012) und Depressionen (Bakas et al., 2015), sowie einer positiveren Empfindung der Gesundheit (King et al., 2012) sichtbar. Folgende Interventionsinhalte der Grafik (Abbildung 2) werden psychoedukativen Massnahmen zugeordnet: Bedürfnisse und Sorgen von PA, Coping, Emotionale Unterstützung, Erkennen depressiver Symptome, Problemlösungsstrategien und Selbstfürsorge. Camicia et al. (2021) zeigen die kleinste Vielfalt an Interventionsinhalten. Einerseits könnte dies mit dem einzigen qualitativen Ansatz der ausgewählten Studien begründet werden. Andererseits weist sie eine andere Herangehensweise auf, da die Intervention aus einem Selbstassessment-Instrument für PA besteht. Die pflegerische Intervention besteht darin, dass Pflegefachpersonen der Rehabilitation Sorgen und Verständnislücken von PA identifizieren können. Ebenfalls können PA einen individuellen Plan erstellen und dadurch Vorbereitungslücken für die Transition schliessen. Aus der Grafik lässt sich erkennen, dass abgesehen von Camicia et al. (2021) und King et al. (2012) die Edukation im Bereich der Unterstützung in den ATL Bestandteil der pflegerischen Interventionen ist. Dafür liegt der Unterstützungs-Schwerpunkt der beiden Studien auf der Bereitschaft für die pflegerische Rolle und den Ressourcen.

Beim Vergleich aller Studien lassen sich die Interventionen in folgende drei Durchführungs-Kategorien gliedern: Im Spital oder in der Rehabilitationsinstitution, per Telefon und im Rahmen von Hausbesuchen. Mit Ausnahme von Bakas et al. (2015), Day et al. (2021) und Gaio et al. (2019) wurde eine Kombination der Durchführungs-Methoden gewählt. Oftmals begannen die Interventionen im Spital oder der Rehabilitationseinrichtung und wurden anschliessend telefonisch oder im Rahmen von Hausbesuchen fortgesetzt. Diese Kombination ist auch im Framework von Cameron und Gignac (2008) sichtbar. Die Vorbereitungsphase, die im Spital oder in der Rehabilitationsinstitution stattfindet, und die Implementationsphase im häuslichen Umfeld bilden zusammen die Phasen der Transition. Telefonische Interventionen sind vor allem in der Implementationsphase ein wirksamer Ansatz (Bakas et al., 2021; Cheng et al., 2018; King et al., 2012), um PA zu unterstützen und die Anpassung zu Hause zu erleichtern (Cameron & Gignac, 2008). Lutz und

Young (2010) konnten ebenfalls die Wirksamkeit von telefonischen Interventionen in Bezug auf bessere Problemlösungsfähigkeiten und Bereitschaft sowie weniger Depressionen nachweisen. Genauso ist es sinnvoll und wirksam, nebst Massnahmen im Spital oder in der Rehabilitationseinrichtung, zusätzlich Hausbesuche durchzuführen (King et al., 2012). Denn nicht alle in Institutionen gelernten Fähigkeiten sind aufgrund von infrastrukturellen Gegebenheiten, wie beispielsweise Treppenstufen oder engen Räumen, im häuslichen Setting umsetzbar (Cameron & Gignac, 2008).

6.4 Bedürfnisse und Interventionen

In den folgenden Unterkapiteln wird näher auf die Bedürfnisse der PA eingegangen und diese mit den Interventionen verglichen. Die Bedürfnisse sind anhand der Unterteilung von Cameron und Gignac (2008) kategorisiert und in der Tabelle 7 genauer beschrieben.

Tabelle 7

Framework (Cameron & Gignac, 2008)

Phase	Bedürfnisse PA
Vorbereitung	Informativ (I): Ressourcen
	Emotional (E): Angst und Unsicherheit der Zukunft, soziale Unterstützung
	Praktisch (P): ATL
	Rückmeldung (R): Praktische Ausführung der ATL
Implementation	I: Management der täglichen Anforderungen, Auswirkungen auf Alltag und Gesundheit der PA
	E: Angst und Unsicherheit der Implementation im häuslichen Setting
	P: fachlich geleitetes Üben von pflegerischen Massnahmen zu Hause
	R: Management der häuslichen Pflege

6.4.1 Informativ

Es zeigte sich, dass bei Camicia et al. (2021) und Cheng et al. (2018) in der Vorbereitungsphase die Ressourcen für die PA eine wichtige Rolle spielen. Camicia et al. (2021) beschrieben, dass sich PA anhand des PATH-s Instruments Gedanken über notwendige Ressourcen für zu Hause machten. Dabei können sich Ressourcen auf

materielle und emotionale Aspekte beziehen. Teilweise wurden die Ressourcen erst in der Implementationsphase thematisiert (Day et al., 2021; King et al., 2012). In verschiedenen Studien wirkten sich die Interventionen positiv auf den anspruchsvollen Alltag und die Gesundheit der PA aus (Ashghali Farahani et al., 2021; Bakas et al., 2015; Camicia et al., 2021; King et al., 2012). So nahm die Pflege der CVI-Betroffenen weniger Raum ein, die PA fühlten sich weniger belastet und nahmen mehr Rücksicht auf ihre eigene Gesundheit.

Bei vielen Studien lag der informative Fokus der Interventionen auf der Aufklärung des Krankheitsbilds des CVIs, den dadurch entstandenen Einschränkungen in den ATL und der Prävention von sekundären Erkrankungen (Ashghali Farahani et al., 2021; Bakas et al., 2015; Cheng et al., 2018; Day et al., 2021; Gaio et al., 2019).

6.4.2 Emotional

Der Umgang mit Angst und Unsicherheit ist in der Vorbereitungs- und Implementationsphase ein zentrales Bedürfnis der PA. Zu Beginn zeigte sich aufgrund der unklaren Prognose der CVI-Betroffenen eine Unsicherheit und Angst in Bezug auf die Zukunft, die sich später in eine Unsicherheit und Angst bezüglich der eigenen Rolle veränderte (Camicia et al., 2021). In der Vorbereitungsphase ist die soziale Unterstützung für PA wichtig. Durch Interventionen mit sozialen Unterstützungsaspekten steigerte sich die Zufriedenheit der PA (Cheng et al., 2018), die Funktionsfähigkeit innerhalb der Familie verbesserte sich (Cheng et al., 2018) und Belastungen der PA nahmen ab (Kim et al., 2012). Dabei ist es wichtig, dass Pflegefachpersonen PA in der Adaption zu Hause unterstützen, indem sie beispielsweise auf die Bedürfnisse der PA eingehen (Day et al., 2021; Kim et al., 2012) und offene Fragen beantworten (Ashghali Farahani et al., 2021; Gaio et al., 2019). Somit können Ängste und Unsicherheiten der PA minimiert werden.

6.4.3 Praktisch

PA haben ein Bedürfnis, in der Transition über ATL informiert sowie praktisch instruiert zu werden und im Anschluss in professioneller Begleitung zu Hause zu üben. Kalra et al. (2004) stellten zudem fest, dass sich durch praktische Instruktionen der PA Belastungen, Ängste und Depressionen reduzieren lassen und es zu einer Verbesserung der Zufriedenheit und Lebensqualität führt. Ashghali Farahani et al. (2021) versuchten das Bedürfnis der PA zu decken, indem sie die Intervention im

Spital und anhand von Hausbesuchen kombinierten. Andere Studien fokussierten sich einzig im Spital (Cheng et al., 2018; Gaio et al., 2019), während Hausbesuchen (Day et al., 2021), oder nur telefonisch (Bakas et al., 2015; Kim et al., 2012) auf die ATL. Da die pflegerische Unterstützung der ATL mehrheitlich praktisch ausgerichtet ist, ist eine ausschliesslich telefonische Instruktion widersprüchlich und könnte sich schwierig gestalten. Cheng et al. (2018) waren die einzigen, welche die Auswirkungen der Unterstützung in den ATL explizit massen und eine Verbesserung der Pflegekompetenz nachwiesen. Bei gewissen Interventionen lag der Fokus auch auf Prophylaxen und somit auf der Prävention von sekundären Erkrankungen (Ashghali Farahani et al., 2021; Cheng et al., 2018; Day et al., 2021; Gaio et al., 2019).

6.4.4 Rückmeldung

Ein wichtiges Anliegen der PA ist das Bedürfnis nach Rückmeldung zur praktischen Ausführung der neugelernten pflegerischen Fähigkeiten sowie zum Management der Pflege zu Hause. Überraschenderweise ging keine der ausgewählten Studien auf diesen Aspekt ein. Gemäss Herdman und Kamitsuru (2019) gehört die kontinuierliche Evaluierung zum Pflegeprozess dazu und findet während und nach jedem Schritt des Prozesses statt. Deswegen ist anzunehmen, dass Rückmeldungen jeglicher Art, sei es bezüglich der Ausführung von praktischen Tätigkeiten oder dem Umgang mit belastenden Emotionen, zum intuitiven und kontinuierlichen Pflegeprozess dazugehören und bei den Interventionsdurchführungen stattfanden.

6.5 Beantwortung der Fragestellung

Aus der Literaturrecherche ergab sich eine Vielfalt an pflegerischen Interventionen für PA während der Transition. Die Ergebnisse dieser Bachelorarbeit zeigen, dass anhand von krankheitsbezogenen Informationen zum CVI, praktischen Instruktionen zur Unterstützung in den ATL und psychoedukativen Interventionen die Belastungen von PA verringert werden können. Die informativen und praktischen Interventionen können aufgrund von gefundener Literatur, Expertenmeinungen und Bedürfnissen von PA als evidenzbasiert eingestuft werden. Es hat sich gezeigt, dass die Mehrzahl der Interventionen aus einer Kombination von Durchführungsarten bestand.

Die Interventionen begannen oftmals im Spital oder in der Rehabilitationsklinik und wurden anschliessend anhand von Anrufen oder Hausbesuchen fortgesetzt. Dabei

hat sich vor allem die telefonische Durchführung in der Implementationsphase als wirksame Unterstützung für PA erwiesen.

Während der Literaturrecherche gab es aufgrund von Studienprotokollen Hinweise auf noch laufende Studien, die zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht publiziert sind und allenfalls für die Fragestellung relevante Ergebnisse beinhalten. Somit kann aktuell die Fragestellung dieser Arbeit nicht abschliessend beantwortet werden.

6.6 Limitationen

In dieser Arbeit wurde eine systematisierte und keine systematische Literaturrecherche durchgeführt, weshalb für die Arbeit relevante Ergebnisse möglicherweise nicht miteinbezogen wurden. Die Recherche ergab vereinzelte Treffer älterer Studien und eine eher geringe Anzahl an Studien innerhalb der zeitlichen Begrenzung von zehn Jahren. Eine weitere Limitation dieser Arbeit stellen die verschiedenen Interventionsinhalte dar. Aufgrund der unterschiedlichen und teilweise kombinierten Durchführungsmethoden gestaltete sich eine Vereinheitlichung der Interventionen schwierig. Obwohl die Interventionsinhalte in den Studien mehrheitlich ausführlich beschrieben wurden, variierte die detaillierte Formulierung der Abläufe. In den Studien wurden die Auswirkungen der Interventionen auf unterschiedliche Belastungen von PA untersucht. Da die Belastungen somit nicht durch einheitliche Messinstrumente erfasst wurden, schränkt sich die Vergleichbarkeit der Studien diesbezüglich ein. Ein weiterer beeinflussender Faktor könnte die Tatsache sein, dass die eingeschlossenen Studien jeweils PA aus Akutspitälern und/oder aus Rehabilitationsinstitutionen eingeschlossen haben. Die Pflegebedürftigkeit der CVI-Patientinnen und -Patienten wurde nur teilweise und einmalig erhoben. Das Ausmass der Pflegebedürftigkeit könnte sich unterschiedlich auf die Belastungen von PA ausgewirkt haben, was in den Studien nicht untersucht wurde.

Es ist zu berücksichtigen, dass die ausgewählten Studien in unterschiedlichen Ländern durchgeführt wurden. Die Mehrheit davon fand in den Vereinigten Staaten statt und die restlichen fünf Studien sind aus dem Iran, Italien, Brasilien, China und Südkorea. Es können Differenzen bestehen, da beispielsweise die Pflege von Familienmitgliedern in einigen Ländern einen grossen Stellenwert hat oder das Gesundheitssystem länderspezifisch variiert. Dies schränkt die kulturelle Übertragbarkeit der Interventionen teilweise ein.

6.7 Weiterer Forschungsbedarf

Aus den im Kapitel 6.4 genannten Gründen zur Beantwortung der Fragestellung und den im Kapitel 6.5 beschriebenen Limitationen zeigt sich ein weiterer Forschungsbedarf im Themengebiet der PA von CVI-Betroffenen. Zu diesem Schluss kommen auch Autorinnen und Autoren aller eingeschlossenen Studien. Damit das Ziel von zusätzlichen evidenzbasierten Interventionen erreicht werden kann, braucht es eine höhere Anzahl an vergleichbaren Interventionsstudien. Es stellt sich auch die Frage, ob die Advanced Practise Nurse (APN) als konstantes Bindeglied Patientinnen und Patienten und PA zwischen Spital oder Rehabilitationsklinik und zu Hause begleitet. Die Autorinnen sehen auch grosses Potenzial in Interventionen im Bereich der Telemedizin, beispielsweise durch interaktive Informationsplattformen oder Video-Telefonie. Die Digitalisierung wird zukünftig auch ein fachlicher Schwerpunkt der Pflege darstellen, so das Positionspapier «Pflege 2030» (Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK – ASI, 2021).

7 Theorie-Praxis-Transfer

Eine mögliche Implementation der Ergebnisse in die Praxis wird mittels den vier Wissensquellen des EBN-Modells (Rycroft-Malone et al., 2004) aufgezeigt und genauer erläutert.

7.1 Ergebnisse der Pflegeforschung

Die Ergebnisse der in der Bachelorarbeit eingeschlossenen und analysierten Studien zeigen, dass Interventionen mit psychoedukativen Elementen eine positive Wirkung auf die Belastungen der PA haben (Ashghali Farahani et al., 2021; Bakas et al., 2015; Cheng et al., 2018; Kim et al., 2012; King et al., 2012). Dabei können gesundheitliche Belastungen in Bezug auf den subjektiven Gesundheitszustand, emotionale Belastungen wie Depressionen und soziale Belastungen in Zusammenhang mit der Familienfunktion erkannt, reduziert und verbessert werden. Für eine Implementation der psychoedukativen Massnahmen in das somatische Setting braucht es erfahrene Pflegefachpersonen im psychiatrischen Bereich. In der Praxis haben die Autorinnen die Erfahrung gemacht, dass im somatischen Setting kaum Pflegefachpersonen in psychiatrischer Fachrichtung arbeiten. Mit den nötigen Ressourcen und Interventionen, wie beispielsweise Problemlösungs- oder Stressmanagement-Trainings, könnten PA optimal unterstützt werden. Aber auch Interventionen mit informativen

und praktischen Inhalten gelten als wirksame Unterstützungsmassnahmen für PA während der Transition (Ashghali Farahani et al., 2021; Bakas et al., 2015; Cheng et al., 2018; Gaio et al., 2019; Kim et al., 2012). Gemäss Lutz und Young (2010) muss jedoch beachtet werden, dass informative Interventionen allein nicht den komplexen Bedürfnissen von PA von CVI-Betroffenen gerecht werden und deswegen eine Kombination mit weiteren Unterstützungsmassnahmen angebracht ist. Für die Praxis scheint es sinnvoll, dass mit allen PA ein Gespräch stattfindet, in welchem sie über das Krankheitsbild informiert werden. Zusätzlich sollen Informationsbroschüren mit für PA relevanten Aspekten zum CVI und der Pflege von CVI-Betroffenen abgegeben werden.

7.2 Expertise der Pflegefachpersonen

Für die Expertise führten die Autorinnen jeweils ein Fachgespräch im [redacted] und im Rehazentrum Klinik Wald durch. Beide Institutionen weisen eine neurologische Spezialisierung auf. Die zwei Fachpersonen sehen in der Transition die zentrale Aufgabe der Pflegefachpersonen in der Erkennung von Bedürfnissen, Belastungen und Unsicherheiten, sowie der Einschätzung der Bereitschaft von PA (E. Furrer, persönliche Kommunikation, 25. März 2022; [redacted] persönliche Kommunikation, 25. März 2022). In beiden Institutionen werden nichtstandardisierte Angehörigengespräche im Besuchsalltag, bedarfsmässige Roundtable-Gespräche und regelmässige Angehörigen-Telefonate durchgeführt. Im [redacted] werden PA frühzeitig anhand einer edukativen Intervention unterstützt, indem sie durch Gespräche oder Broschüren über das Krankheitsbild des CVIs informiert werden ([redacted], persönliche Kommunikation, 25. März 2022). Die Anwendung von informativen Unterlagen war ebenfalls ein Bestandteil in fünf der eingeschlossenen Studien (Ashghali Farahani et al., 2021; Bakas et al., 2015; Cheng et al., 2018; Day et al., 2021; Gaio et al., 2019). Für den praktischen Fähigkeitsaufbau der PA bietet die Rehabilitationsklinik Wald ein bis zwei Pflegetage vor Ort und ein Probewochenende zu Hause an (E. Furrer, persönliche Kommunikation, 25. März 2022). PA werden dabei in der Unterstützung der ATL instruiert und haben anschliessend die Möglichkeit, die Pflege selbstständig durchzuführen. Auch bei den eingeschlossenen Studien zeigt sich ein deutlicher Fokus auf die Unterstützung der ATL (Ashghali Farahani et al., 2021; Bakas et al., 2015; Cheng et al., 2018; Day et al., 2021; Gaio et al., 2019; Kim et al., 2012). Folgernd lässt sich erkennen, dass

sich die in der Literatur gefundenen Interventionen teilweise mit denen aus der Praxis decken.

7.3 Ziele, Vorstellungen und Handlungen von Pflegebedürftigen

Gemäss Cameron und Gignac (2008) profitieren PA am meisten von pflegerischen Interventionen, die nach ihren spezifischen Bedürfnissen ausgerichtet sind. Deswegen ist es wichtig, dass Vorstellungen der PA von Pflegefachpersonen eruiert werden, sodass die Interventionen dementsprechend durchgeführt werden können. In der Transition können sich die Bedürfnisse und Belastungen der PA verändern, da sie zu Hause eine andere Rolle als im Spital oder in der Rehabilitation einnehmen und oftmals ohne Unterstützung die Pflege der CVI-Betroffenen übernehmen (Cameron & Gignac, 2008). Vor dem Austritt tauchen bei PA viele Unsicherheiten auf. Sie hinterfragen ihre pflegerischen Fähigkeiten, benötigen Informationen und praktische Instruktionen und beschäftigen sich mit der Reorganisierung ihrer bisherigen alltäglichen Lebensgewohnheiten. Zu Hause versuchen PA Gelerntes umzusetzen und sich in ihren neuen Aufgabenbereichen zurechtzufinden. Ebenfalls müssen sie sich mit emotionalen, physischen und sozialen Auswirkungen der neuen Rolle auseinandersetzen. In dieser Phase zeigt sich, ob PA ausreichend vorbereitet worden sind (Cameron & Gignac, 2008).

7.4 Umgebungsbedingungen

Gemäss der gesundheitspolitischen Strategie «Gesundheit2030» (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2019) verschärfen sich die Problematiken der steigenden Gesundheitskosten, der Zunahme von nichtübertragbaren Krankheiten und dem Mangel an qualifiziertem Gesundheitsfachpersonal. Dies stellt somit auch neue Herausforderungen an Pflegefachpersonen beziehungsweise pflegerischen Interventionen dar. Interventionen für PA während der Vorbereitungsphase lassen sich gut in den Spitalalltag implementieren, da personelle und infrastrukturelle Ressourcen bereits verfügbar sind. Eine Ausnahme könnte jedoch die Umsetzung praktischer Instruktionen sein, da sie einen hohen Bedarf an personellen Ressourcen aufweisen. Somit soll in der Praxis auf eine ausreichende Anzahl an Pflegefachpersonal geachtet werden. Die Implementationsphase kann bezüglich Hausbesuchen gewisse organisatorische und ökonomische Herausforderungen mit sich bringen. Es scheint in der Praxis unwahrscheinlich, dass Pflegefachpersonen aus dem stationären

Setting Hausbesuche durchführen. Sinnvoller erscheint hier einen Einbezug des ambulanten Pflegediensts oder von APNs. Telefonische Interventionen, welche sich ebenfalls in der Implementationsphase als wirksam erwiesen (Bakas et al., 2021; Cheng et al., 2018; King et al., 2012), weisen deutlich weniger Herausforderungen auf. Sie gelten als kosteneffizient und sind ortsunabhängig durchführbar (Kim et al., 2012). Zudem wird eine gewisse Konstanz des Behandlungsteams gewährt.

8 Schlussfolgerung

Die Bachelorarbeit zeigt die Wichtigkeit der Thematik von PA in Bezug auf den Übergang nach Hause. Im pflegerischen Alltag soll der Fokus nicht nur auf den CVI-Patientinnen und -Patienten liegen, sondern auch auf ihren Angehörigen. Um auf Belastungen und Bedürfnisse zu reagieren und PA in der Transition zu unterstützen, sollen PA standardmässig in den Pflegeprozess integriert werden. Sechs der eingeschlossenen Studien zeigten eine wirksame Reduktion der Belastungen von PA. Es ist wichtig, die Bereitschaft für die neue Rolle als PA anhand von geeigneten Assessmentinstrumenten in Kombination mit persönlichen Gesprächen zu erkennen, um bedürfnisspezifische Massnahmen einzuleiten. PA brauchen gezielte Informationen über das Krankheitsbild des CVIs, praktische Instruktionen zur Unterstützung in den ATL und psychoedukatives Coaching. Dabei ist es sinnvoll, die Intervention bereits im Spital oder in der Rehabilitationsinstitution zu beginnen und nach dem Austritt telefonisch oder durch Hausbesuche fortzusetzen. In der Praxis werden bereits Angehörigengespräche und -Telefonate sowie praktische Instruktionen durchgeführt und mündliche und schriftliche Informationen bereitgestellt. Es besteht noch Bedarf einer Implementierung von psychoedukativen Interventionen und Begleitungen in das häusliche Setting.

Pflegefachpersonen nehmen in der Phase der Transition eine zentrale Rolle ein, da sie in einem intensiven Kontakt mit CVI-Betroffenen und PA sind. Somit sind sie in einer idealen Position, um Bedürfnisse, Informationsdefizite und Belastungen zu erkennen, den Unterstützungsbedarf festzulegen und passende Interventionen durchzuführen.

Literaturverzeichnis

Ashghali Farahani, M., Najafi Ghezeljeh, T., Haghani, S. & Alazmani-Noodeh, F. (2021). The effect of a supportive home care program on caregiver burden with stroke patients in Iran: An experimental study. *BMC Health Services Research*, *21*(1), 346. https://doi.org/10.1186/s12913-021-06340-4

Bakas, T., Austin, J. K., Habermann, B., Jessup, N. M., McLennon, S. M., Mitchell, P. H., Morrison, G., Yang, Z., Stump, T. E. & Weaver, M. T. (2015). Telephone Assessment and Skill-Building Kit for Stroke Caregivers: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Stroke*, *46*(12), 3478–3487. https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.115.011099

Bakas, T., McCarthy, M. J., Israel, J., Brehm, B. J., Dunning, K., Rota, M., Turner, M. & Miller, E. L. (2021). Adapting the telephone assessment and skill-building kit to the telehealth technology preferences of stroke family caregivers. *Research in Nursing & Health*, *44*(1), 81–91. https://doi.org/10.1002/nur.22075

Bartholomeyczik, S., Linhart, M., Mayer, H. & Mayer, H. (Hrsg.). (2008). *Lexikon der Pflegeforschung: Begriffe aus Forschung und Theorie* (1. Aufl). Elsevier, Urban & Fischer.

Behrens, J. & Langer, G. (2016). *Evidence-based nursing and caring: Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung - vertrauensbildende Entzauberung der «Wissenschaft»* (4., überarbeitete und ergänzte Auflage). Hogrefe.

Brandenburg, H. & Dorschner, S. (Hrsg.). (2021). *Pflegewissenschaft 1: Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in wissenschaftliches Denken und Theorien in der Pflege* (4. Aufl.). Hogrefe. https://doi.org/10.1024/86086-000

Büker, C. (2015). *Pflegende Angehörige stärken: Information, Schulung und Beratung als Aufgaben der professionellen Pflege* (2., überarb. Aufl). Kohlhammer.

Bundesamt für Gesundheit BAG. (2018, 17. September). *Herz-Kreislauf-Erkrankungen*. https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/herz-kreislauf-erkrankungen.html

Bundesamt für Gesundheit BAG. (2019). *Gesundheitspolitische Strategie des Bundesrats 2020-2030*. https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-

gesundheitsstrategien/gesundheit-2030/strategie-gesundheit2030.pdf.download.pdf/strategie-gesundheit-2030.pdf

Bundesamt für Statistik. (2017). *Informelle Hilfe*. https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/informelle-hilfe.html

Bundesrat. (2014). *Unterstützung für betreuende und pflegende Angehörige*. https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitspolitik/aktionsplan_pfleg_angehoerige/bericht_des_br_angehoerige.pdf.download.pdf/bericht_des_br_zur_angehoerigenpflege_de.pdf

Cameron, J. I. & Gignac, M. A. M. (2008). “Timing It Right”: A conceptual framework for addressing the support needs of family caregivers to stroke survivors from the hospital to the home. *Patient Education and Counseling*, *70*(3), 305–314. https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.10.020

Camicia, M., Lutz, B. J., Harvath, T. A. & Joseph, J. G. (2021). Using the Preparedness Assessment for the Transition Home After Stroke Instrument to Identify Stroke Caregiver Concerns Predischarge: Uncertainty, Anticipation, and Cues to Action. *Rehabilitation Nursing*, *46*(1), 33–42. https://doi.org/10.1097/rnj.0000000000000267

Cheng, H. Y., Chair, S. Y. & Chau, J. P. C. (2018). Effectiveness of a strength-oriented psychoeducation on caregiving competence, problem-solving abilities, psychosocial outcomes and physical health among family caregiver of stroke survivors: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, *87*, 84–93. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.005

Day, C. B., Bierhals, C. C. B. K., Mocellin, D., Predebon, M. L., Santos, N. O., Dal Pizzol, F. L. F., Fuhrmann, A. C., Aires, M. & Paskulin, L. M. G. (2021). Nursing Home Care Intervention Post Stroke (SHARE) 1 year effect on the burden of family caregivers for older adults in Brazil: A randomized controlled trial. *Health & Social Care in the Community*, *29*(1), 56–65. https://doi.org/10.1111/hsc.13068

DiCenso, A., Bayley, L. & Haynes, R. B. (2009). Accessing pre-appraised evidence: Fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evidence-Based Nursing*, *12*(4), 99–101. https://doi.org/10.1136/ebn.12.4.99-b

Gaio, M., Buoite Stella, A., Furlanis, G., Naccarato, M., Stefi, D. & Manganotti, P.

(2019). Effect of a Passive Intervention on Carers of Stroke Survivors During the Early Poststroke Period. *Journal of Neuroscience Nursing*, *51*(6), 299–304. https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000475

Grant, J. S., Elliott, T. R., Weaver, M., Bartolucci, A. A. & Giger, J. N. (2002). Telephone Intervention With Family Caregivers of Stroke Survivors After Rehabilitation. *Stroke*, *33*(8), 2060–2065. https://doi.org/10.1161/01.STR.0000020711.38824.E3

Herdman, T. H. & Kamitsuru, S. (Hrsg.). (2019). *NANDA International: Pflegediagnosen-Definitionen und Klassifikation 2018-2020* (1. Auflage). RECOM.

Huch, R. & Jürgens, K. D. (Hrsg.). (2019). *Mensch, Körper, Krankheit: Anatomie, Physiologie, Krankheitsbilder. Lehrbuch* (8. Auflage). Elsevier.

Kalra, L., Evans, A., Perez, I., Melbourn, A., Patel, A., Knapp, M. & Donaldson, N. (2004). Training carers of stroke patients: Randomised controlled trial. *BMJ*, *328*(7448), 1099. https://doi.org/10.1136/bmj.328.7448.1099

Kim, S. S., Kim, E. J., Cheon, J. Y., Chung, S. K., Moon, S. & Moon, K. H. (2012). The effectiveness of home-based individual tele-care intervention for stroke caregivers in South Korea: Home-based Individual tele-care Intervention. *International Nursing Review*, *59*(3), 369–375. https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2011.00967.x

King, R. B., Hartke, R. J., Houle, T., Lee, J., Herring, G., Alexander-Peterson, B. S. & Raad, J. (2012). A Problem-Solving Early Intervention for Stroke Caregivers: One Year Follow-Up. *Rehabilitation Nursing*, *37*(5), 231–243. https://doi.org/10.1002/rnj.039

Küttel, C., Schäfer-Keller, P., Brunner, C., Conca, A., Schütz, P. & Frei, I. A. (2015). Der Alltag pflegender Angehöriger – Was sie während des Spitalaufenthalts ihres Familienmitglieds beschäftigt im Hinblick auf den Austritt und was sie diesbezüglich für sich benötigen: Eine qualitative Studie. *Pflege*, *28*(2), 111–121. https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000413

Lauber, A. & Schmalstieg, P. (Hrsg.). (2018). *Pflegerische Interventionen* (4., aktualisierte Auflage). Georg Thieme Verlag. https://doi.org/10.1055/b-005-143658

Lutz, B. J. & Young, M. E. (2010). Rethinking Intervention Strategies in Stroke

Family Caregiving. *Rehabilitation Nursing*, *35*(4), 152–160. https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.2010.tb00041.x

Marenitz, E. (2018). Ein Schlaganfall trifft auch Angehörige: Entwicklung eines Schulungskonzeptes für Pflegende im Krankenhaus – ein Praxisbericht. *PADUA*, *13*(4), 299–305. https://doi.org/10.1024/1861-6186/a000453

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K. & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory: *Advances in Nursing Science*, *23*(1), 12–28. https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006

Otto, U., Leu, A., Bischofsberger, I., Gerlich, R., Riguzzi, M., Jans, C. & Golder, L. (2019). *Bedürfnisse und Bedarf von betreuenden Angehörigen nach Unterstützung und Entlastung: Eine Bevölkerungsbefragung – Schlussbericht des Forschungsprojekts G01a des Förderprogramms Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017-2020 – Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG)*. https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitspolitik/foerderprogramme/fp_pflegende_angehoerige/Kurzfassungen_Schlussberichte/Schlussbericht_Bed%C3%BCrfnisse_Entlastung.pdf.download.pdf/G01a_Schlussbericht_Bed%C3%BCrfnisse_Entlastung_BAG.pd

Ris, I. & Preusse-Bleuler, B. (2015). *Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal (AICA) eines Forschungsartikels*.

Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A. & McCormack, B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing*, *47*(1), 81–90. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03068.x

Schewior-Popp, S., Sitzmann, F. & Ullrich, L. (Hrsg.). (2017). *Thiemes Pflege: Das Lehrbuch für Pflegende in der Ausbildung* (13. Aufl.). Georg Thieme Verlag.

Schieron, M. & Zegelin, A. (2021). Pflegende Angehörige. *PiD - Psychotherapie im Dialog*, *22*(01), 56–60. https://doi.org/10.1055/a-1229-2231

Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK – ASI. (2002). *Pflegeausbildung*. https://www.sbk.ch/bildung/pflegeausbildung

Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK – ASI. (2008, 15. Juli). *Definition der Pflege*. https://www.sbk.ch/pflegethemen/definition-der-pflege

Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK – ASI. (2020). *Pflege dokumentieren* (2. Aufl.).

Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK – ASI. (2021). *Pflege 2030: Positionspapier des Schweizer Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK*. https://www.sbk.ch/files/sbk/service/online_shop/publikationen/de/docs/SBK_Pflege_2030-DE.pdf

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW (Hrsg.). (2009). *Forschung mit Menschen. Ein Leitfaden für die Praxis*.

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2020, 7. April). *Hirnschlag*. https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/hirnschlag

Tosun, Z. K. & Temel, M. (2017). *Burden of Caregiving for Stroke Patients and The Role of Social Support Among Family Members: An Assessment Through Home Visits*. *10*(3), 1696. http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/65_8_tosun_10_3.pdf

Universitätsspital Zürich. (o. D.). *Schlaganfall*. Universitätsspital Zürich. https://www.usz.ch/krankheit/schlaganfall/

Wilz, G., & Pfeiffer, K. (2019). *Pflegende Angehörige*. Hogrefe. https://doi.org/10.1026/02735-000

World Health Organization WHO. (o. D.). *Stroke, Cerebrovascular accident*. http://www.emro.who.int/health-topics/stroke-cerebrovascular-accident/index.html

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 *Keywords* 9
Tabelle 2 *Ein- und Ausschlusskriterien* 10
Tabelle 3 *Letzter Rechercheschritt der eingeschlossenen Studien* 11
Tabelle 4 *Übersicht der eingeschlossenen Studien* 14
Tabelle 5 *Inhalte der Intervention (Ashghali Farahani et al., 2021)* 16
Tabelle 6 *Assessment-Domänen (Lutz et al., 2017, zitiert nach Camicia et al., 2021)* 21
Tabelle 7 *Framework (Cameron & Gignac, 2008)* 37

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 *Flussdiagramm* 12
Abbildung 2 *Darstellung der Interventionsinhalte* 33

Wortzahl

Abstract: 200

Wortzahl der Arbeit (exklusive Abstract, Tabellen, Abbildungen, Literaturverzeichnis, Glossar, Danksagung, Eigenständigkeitserklärung und Anhänge): 10 401

Danksagung

Wir bedanken uns herzlich bei unseren zwei Betreuungspersonen Barbara Messerli und Gerda Neumeyer für ihre Betreuung durch den gesamten Prozess dieser Bachelorarbeit. Wir konnten durch die konstruktiven Inputs und Hilfestellungen profitieren und fühlten uns stets professionell betreut. Speziell danken wir auch Elisabeth Furrer und [redacted], dass sie sich für einen persönlichen Austausch Zeit genommen haben und uns einen wertvollen Einblick in die Praxis gewährt haben. Ebenso geht ein grosses Dankeschön an [redacted] und [redacted] für das Korrekturlesen der gesamten Arbeit.

Eigenständigkeitserklärung

«Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.»

[redacted] [redacted]

Leonie Kuhn Giulietta Spring

Zürich, 06.05.2022

Anhang

A: AICA der eingeschlossenen Studien

A1: The effect of a supportive home care program on caregiver burden with stroke patients in Iran: an experimental study (Ashghali Farahani et al., 2021)

Zusammenfassungsraster

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
Problem: Nach dem Spital-Austritt nach einem CVI wird die Pflege oft von Familienangehörigen zuhause fortgesetzt. CVI-Patient_innen brauchen häufig umfangreiche Unterstützung in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL). PA sind auf ihre Rolle oft unvorbereitet, da ein CVI ein plötzliches Ereignis ist und Patient_innen langzeitige Unterstützung zuhause benötigen. Dies bedeutet für die PA eine grosse physische und psychische Belastung, in der Studie als Caregiver Burden (CB) beschrieben. In Iran, ein Entwicklungsland, besteht einerseits ein geringes Edukations- und Pflegeangebot nach dem Austritt, welches oft auf Grund von fehlenden finanziellen	**Design**: Randomisierte kontrollierte Studie **Population:** Iranische PA (Familienangehörige) von CVI-Patient_innen aus Rasool-Akram und Firouzgar Spital. **Stichprobe:** Convenience Sampling. Alle 120 Teilnehmer_innen erfüllten die Einschlusskriterien. Eignung durchgeführt durch Erstautor. Kriterien: enger Familienangehörige_r, Fähigkeit persisch zu lesen und zu schreiben, Fähigkeit der klaren Kommunikation, keine vorgängigen Interventions-Trainings, Barthel-Index der Patient_innen: mässige bis starke Abhängigkeit, Ersterfahrung in der Pflege von CVI-Patient_innen, keine physische oder psychische Erkrankung, keine Mitarbeiter_in im Gesundheitswesen. Die Teilnehmenden waren im Durchschnitt 43 Jahre alt, mehrheitlich, weiblich, verheiratet und ein nahes Familienmitglied der CBI Betroffenen. **Stichprobenziehung:** Nach der Stichprobenziehung wurden die Teilnehmer_innen randomisiert (Blockdesign) in zwei Gruppen eingeteilt. **Studiengruppen:** IG: 8 Interventionen, n=58 KG: Standard Pflege im Spital: Edukation zu CVI und Pflege, n=58 **Datenerhebung:** Juni 2019 – Februar 2020, zweimalige schriftliche Befragung. Pre: nach Randomisierung, Post: 2 Wochen nach Austritt. **Messverfahren: -** Barthel-Index für Studieneinschluss: Erfassung der ATL, zeigt Abhängigkeitsgrad von Patient_innen: 20 Items, 5-Punkte Likert Skala, max Score	**Ergebnisse:** -keine sig. Gruppenunterschiede der demografischen Daten -PA durchschnittlich 43 Jahre alt, weiblich, Nachkommen der CVI-Betroffenen Hauptergebnisse (signifikant): - Zunahme Caregiver Burden Scores und aller dazugehörigen Domänen in der KG ($p<0.05$) - Abnahme Caregiver Burden Score in IG ($p = 0.036$) - Abnahme Scores Domänen IG CBI: zeitabhängige ($p<0.05$), emotionale ($p=0.001$) B.) weitere Ergebnisse: - kein sig. Unterschied zwischen KG und IG in zeitabhängige B. pre. Post sig. Unterschied ($p<0.001$) - kein sig. Unterschied zwischen KG und IG entwicklungsbedingte B pre.	**Signifikanzen erklärt:** Sig. und nicht sig. Ergebnisse werden aufgegriffen, teilweise erklärt. **Limitationen**: Folgende Limitationen wurden beschrieben: -Durch eine kleine Stichprobengrösse ist Verallgemeinerung der Ergebnisse eingeschränkt. -Sig. unterschiedliche CB scores von IG und KG vor Intervention - Anpassung der Einschlusskriterien in Bezug auf ähnliche CB Scores für Zukunft **Beantwortung Forschungsfrage:** ja **Vergleich mit anderen Studien:** Ja **Schlussfolgerung für die Praxis:** Beschreiben die Zunahme von CB nach Austritt. Deswegen sei es wichtig, dass PA in dieser kritischen Phase unterstützt und angemessen

<table>
<tr>
<td>Mitteln nicht in Anspruch genommen wird. Anderseits werden Patient_innen üblicherweise von ihren Angehörigen zuhause gepflegt.
Forschungsfrage/Ziel: In dieser Studie wurden die Auswirkungen eines unterstützenden Pflegeprogramms für PA von CVI-Patient_innen in Bezug auf CB untersucht.
Forschungsbedarf: Die Anzahl an Interventionsstudie im Bereich der CB Reduktion von PA von CVI-Patient_innen ist limitiert. Die meisten Studien haben sich auf die Faktoren konzentriert, die die Belastung der Pflegenden beeinflussen.</td>
<td>von 20, min 0. 20 = unabhängig, 0-19 abhängig. Einzelne Item ordinal, Summe intervall skaliert
- Caregiver Burden Inventory (CBI) persische Version: 24 Item, 5-Punkte Likert Skala, PA bezogene Belastungen, 5 Domänen (zeitbeanspruchende, anpassungsbedingte, physische, soziale und emotionale Belastung). Interne Konsistenz (α = 0.9). Einzelne Item ordinal, Summe intervall skaliert, primary outcome
- soziodemografischer Fragebogen PA: Alter (a), Geschlecht (n), Beziehungsstatus (n), Verwandtschaftsgrad (n), Schulbildung (n), im gleichen Haushalt wie Patient_in (n), chronische Krankheit (n), Dauer der Pflegebedürftigkeit (n)
- soziodemografischer Fragebogen Pat.: Alter (a), Geschlecht (n), Beziehungsstatus (n), Schulbildung (n), Beruf (n), Wohnsitz (n, Versicherung (n), Wohngemeinschaft (n), Dauer der Diagnose (a), Raucher_in (n)
Intervention: KG: Routineedukation über CVI und Pflege von CVI-Patient_innen im Spital
IG: 8 Interventionssessions -> 45-60min, erste zwei im Spital, Rest zuhause innerhalb 2 Wochen nach Austritt: Durchgeführt durch Pflegefachperson
<table>
<tr><td>1</td><td>Zweck Intervention, Bedeutung Zusammenarbeit mit Unterstützungsplan und Informationsbroschüre</td></tr>
<tr><td>2</td><td>Krankheitsbild, Ätiologie, Symptome, Therapie von CVI, Wichtigkeit der Pflege, Patienten Transfer, Coping Skills und Problemlösungsstrategien, Kommunikation</td></tr>
<tr><td>3</td><td>Aggressionsmanagement, Ernährung, Umgang parenteraler Ernährung, Gewichtskontrolle</td></tr>
<tr><td>4</td><td>Blutdruck, Physiotherapie: Atmung, Kontraktur- Dekubitusprophylaxe</td></tr>
<tr><td>5</td><td>Entspannungsübungen, Körperpflege, Hygiene, Absaugen</td></tr>
<tr><td>6</td><td>Medikamente, Blutzuckermessung</td></tr>
<tr><td>7</td><td>Logopädie, Notwendigkeit f. Psychologe/Psychiater</td></tr>
<tr><td>8</td><td>Follow-up Therapien, Beantwortung offener Fragen</td></tr>
</table>
Datenanalyse: Analyse mit SPSS 16
Kolmogorov-Smirnov test der CBI scores: Prüfung auf Normalverteilung, Mittelwert, Pearson chi-square test / Fisher Exact Test, unabhängiger t-Test: Unterschiede der</td>
<td>Post sig. höherer Score KG und IG, KG jedoch sig. höher(p<0.001).
-Zunahme physische Belastung in KG (p=0.02), Abnahme in IG
- kein sig. Unterschied zwischen KG und IG soziale B pre. Post sig. höherer Score KG und IG, KG jedoch sig. höher(p<0.001).
Darstellungen: Die Ergebnisse sind teilweise unübersichtlich dargestellt. Text ist verständlich, einmaliger Widerspruch zu Tabelle bei physischer Belastung.</td>
<td>geschult werden, um eine Zunahme von CB zu vermeiden. Jedoch braucht es zukünftig mehr Studien, um passende Methoden zu untersuchen.</td>
</tr>
</table>

	Scores und Domänen IG und KG, Analyse Covarianz (ANCOVA): Vergleich Scores und Domänen IG und KG, Lineare Regression: Effekt der soziodemo. Charakteristika auf Resultate $p<0.05$ **Ethik:** Studienprotokoll durch Ethikkommission geprüft, Einverständniserklärung aller Teilnehmer_innen liegt vor, Schweigepflicht wurde beschrieben, Teilnahme der Studie konnte jederzeit zurückgezogen werden		

Würdigungsraster

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
Antwort auf BA Fragestellung: Die Studie untersucht eine pflegerische Intervention in Bezug auf die Belastungen der PA von CVI-Patient_innen. Dabei ist die Transition vom Spital nach Hause zentral. Daher können alle Ergebnisse zur Beantwortung der Fragestellung verwendet werden. **Forschungsfrage:** Das Ziel der Studie wird präzise definiert und begründet. Eine Forschungsfrage oder Hypothese wurde nicht beschrieben. **Thema logisch dargestellt:** Das Thema	**Design**: Design ist passend zur Fragestellung. Keine Bias im Sampling und Analyse bekannt. Vermeidung möglicher Rosenthal-Effekt durch gezielte Trennung von Datenerhebung, Analyse und Interpretation durch Forschungsteam. (Korresp. Autor und Statistiker nicht in Sampling involviert.1.und 2. Autor nicht in Analyse) **Stichprobe:** Convenience Stichprobe ist nicht repräsentativ, daher nur begrenzt einen Rückschluss auf Population. Sample-Size Berechnung wurde durchgeführt, min. Anzahl von 60 durch Dropout nicht erreicht werden. Pro Gruppe jeweils 2 Dropouts: 1 Todesfall und 1 CVI bei PA. **Datenerhebung:** Datenerhebung nur teilweise nachvollziehbar. Sozdemo. Daten wurden ohne Begründung auch von Pat. erhoben, wurden aber nicht für Berechnung des Hauptergebnisse verwendet. Sozdemo. Items nicht begründet und bsp. chronische Krankheiten und Pflegebedürftigkeit widersprüchlich mit Einschlusskriterien. CBI ist valide und reliabel, passend zur Zielpopulation. Reliabilität und Validität des Barthel-Index kann aufgrund Literaturangabe antizipiert werden, doch ist laut Studie keine Lizenz vorhanden. **Datenanalyse:** In der Tab. treten Analysen auf, die im Fliesstext nicht beschrieben wurden. Primary Outcome Daten auf Normalverteilung überprüft. Varianzhomogenität nicht geprüft, angepasste Baseline Scores benutzt. Konfundierende sozdemo. Einflüsse wurden ausgeschlossen. Statistische Analysen passen zur Fragestellung und entsprechen den Skalenniveaus. Signifikanzniveau wurde angegeben.	**Präzision der Ergebnisse:** Ergebnisse sind präzise. **Graphiken und Tabellen:** Tabelle 4 mit den zentralen Ergebnissen etwas unübersichtlich, jedoch ergänzend zum Text.	**Diskussion aller Resultate:** Es wird auf einen grossen Teil der Ergebnisse, vor allem auf die verschiedenen Domänen, eingegangen. Teilweise scheint es als Wiederholung der Ergebnisse. Die Interpretation stimmt mit den Resultaten überein. **Vergleich mit anderer Literatur/Studien:** Die Ergebnisse werden mit weiterer Literatur gestützt und diskutiert. **Alternative Erklärung:** Ja, in Bezug auf die Domänen werden alternative Erklärungen beschrieben. **Stärken/Schwächen:** Stärken und Schwächen sind ausgewogen. Jedoch scheint die Generalisierbarkeit der Ergebnisse kritisch, aufgrund von kulturellen Unterschieden und Convenience sampling. Die Studie zeigt die Bedeutsamkeit einer theoretischen und praktischen Schulung für PA. **Umsetzbarkeit in die Praxis:** Der Inhalt der Intervention ist detailliert beschrieben, jedoch fehlen für die Umsetzbarkeit in die Praxis genauere Angaben zum Ablauf.

und der Forschungsbedarf werden anhand von verschiedener Literatur begründet. Das Problem ist logisch dargestellt.	**Ethik:** Einverständniserklärung der Teilnehmer_innen wurde eingeholt. Einverständniserklärung der Pat. wurde nicht beschrieben. Ethikkommission genehmigte Studie.		**Wiederholung in anderem Setting möglich:** Wiederholung wäre in einem ähnlichen Setting möglich, jedoch müsste die Umsetzung der Intervention genauer beschrieben werden.

CVI = Cerebrovaskulärer Insult, PA = pflegende Angehörige, IG = Interventionsgruppe, KG = Kontrollgruppe

Güte

- Objektivität: Vermeidung möglicher Rosenthal-Effekt durch Trennung von Datenerhebung, Analyse und Interpretation durch Forschungsteam (+), Analysen entsprechen den Skalenniveaus (+), Daten auf Normalverteilung geprüft, jedoch keine Varianzhomogenität (+/-), Einverständniserklärung von PA eingeholt, jedoch nicht von Patient_innen trotz Erhebung demografischer Daten (-)
- Reliabilität: Es wurde beschrieben, zu welchen Zeitpunkten Outcome-Variablen erhoben wurden (+), Sozdemo. Daten wurden ohne Begründung auch von Pat. erhoben, wurden jedoch nicht für Berechnung des Hauptergebnisse verwendet (-), Inhalt der Intervention detailliert beschrieben, jedoch fehlen für die Umsetzbarkeit in die Praxis genauere Angaben zum Ablauf (+/-), CBI auf Reliabilität geprüft, Reliabilitätskoeffizient angegeben (+)
- Validität: Angemessenes Forschungsdesign (+), Sample-Size Calculation durchgeführt (+), Aufgrund willkürlicher Stichprobe Generalisierbarkeit eingeschränkt (-) Inhaltsvalidität in Bezug auf Problem mit nur 1 Messinstrument zu wenig differenziert abgedeckt (-), Validität CBI beschrieben (+), Limitationen werden beschrieben (+)

Evidenzlage: Die Studie befindet sich auf dem untersten Level der 6S-Pyramide nach DiCenso et al. (2009), da es sich um eine Originalstudie handelt.

A2: Telephone Assessment and Skill-Building Kit for Stroke Caregivers (Bakas et al., 2015)

Zusammenfassungsraster

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
Problem: 45% von CVI-Patient_innen werden wieder nach Hause entlassen, oftmals mit bleibenden Langzeitimplikationen. PA sind oftmals unvorbereitet auf ihre Rolle und haben viele unabgedeckte Bedürfnisse in der ersten Zeit nach dem Austritt. Trotz hoher Belastungen erhalten PA häufig nur wenig Unterstützung von Gesundheitsfachpersonen. Deswegen kommt bei PA oft zu depressiven Symptomen, negativen Lebensveränderungen und gesundheitsschädlichen Tagen (unhealthy days = UD). **Forschungsfrage/Ziel:** Die Studie untersucht die kurzfristige (8 Wochen) und langfristige (12, 24 und 52 Wochen) Effizienz des Telephone Assessment and Skill-building Kits (TASK 2) für PA nach Austritt nach Hause. Dabei sollen depressive Symptome, Lebensveränderungen aufgrund	**Design**: Prospektive randomisiert-kontrollierte klinische Studie **Population:** PA von CVI-Patient_innen aus 2 Rehabilitationsinstitutionen und 6 Akutspitälern im mittleren Westen der USA, die nach Hause austreten. **Stichprobe:** 2742 PA wurden anhand Ein- und Ausschlusskriterien gescreent, n=254 davon wurden randomisiert. <u>Einschlusskriterien:</u> PA, ≥ 21 Jahre, fliessend in englischer Sprache, Telefonanschluss, keine Hör- oder Sprachprobleme, geplante Angehörigen-Pflege ≥1 Jahr, Einwilligung zur Teilnahme (9 Anrufe von Pflegefachperson, 5 Datensammlungs-Interviews). <u>Ausschlusskriterien:</u> Patient_innen hatten keinen CVI, Pat. hat keine Pflegebedürftigkeit oder Austritt in Langzeitpflege, PA Score <16 der Oberst Caregiving Burden Scale Task Difficulty Subscale, <4 Score in Screener für kognitive Beeinträchtigungen. PA oder Patient_in: Schwangerschaft, Gefängnis-Aufenthalt, terminale Krankheit, M.Alzheimer, Demenzerkrankung, ausgeprägte psychische Erkrankung, Hospitalisation aufgrund Alkohol- oder Drogenmissbrauch. **Stichprobenziehung:** Convenience Sampling. Anschliessend Block-Randomisierung stratifiziert anhand Beziehung Teilnehmer/Pat., PHQ-9 Score <5 oder ≥5 in zwei Gruppen. **Studiengruppen:** IG1: Informations-, Unterstützungs- und Verweisungs-Gruppe (information, support, and referral(ISR)) n=131 IG2: TASK II Gruppe n=123 beide Gruppen anhand depressiver Symptome in Subgruppen keine Depression (PHQ-9 Score <5) und mild-ausgeprägte Depression (PHQ-9 Score ≥5), Kohorte ist gesamte IG2 oder IG1 gemeint **Datenerhebung**: Schriftliche und mündliche Befragungen zwischen Januar 2011-Juli 2014. Erhebung Baseline, Woche 8, Woche 12, Woche 24, Woche 52.	**Ergebnisse:** Charakteristiken der Teilnehmenden: -Mehrheit weiblich, die Hälfte der PA sind verheiratet, Alter 22-87 Jahren, - Anzahl Minuten der Telefonate variierte bei beiden Gruppen IG2 Mittelwert=215.2; IG1 Mittelwert=128.1; P<0.001 -Gruppen sind ähnlich in depressiven Symptomen (PHQ) Lebens-veränderungen (BCOS) und UD (primary outcomes) zu baseline - IG 2 hat mehrere Tage länger im Spital verbracht (p=0.037) <u>Hauptergebnisse nach 8 Wochen:</u> -Verminderung von depressiven Symptomen in der IG2-Subgruppe≥5 (p=0.013) und in gesamter Kohorte (p<0.05) -Verbesserung der Lebensveränderungen in der IG2 (p<0.05)	**Signifikanzen erklärt:** Signifikante und nicht-signifikante Ergebnisse werden von den Forschenden aufgegriffen und erklärt. **Limitationen:** Die Forschenden beschreiben folgende Limitationen: -aufgrund des Convenience Samplings sind die Ergebnisse nicht generalisierbar -Teilnehmende wurde innerhalb von 8 Wochen nach Austritt rekrutiert -> Resultate nicht auf Langzeit-PA anwendbar -Teilnehmende waren durchschnittlich 54-55 Jahre alt -> Resultate sind weniger gut anwendbar für jüngere PA, welche ebenfalls kleine Kinder haben -Daten von CVI-Patient_innen wurden über PA gesammelt, in Zukunft braucht es mehr objektive Daten über CVI oder von ihnen persönlich -Unterschiede im Einhalten der Protokolle zwischen den Gruppen wie längere Lesezeit oder längere Anrufe (Anrufszeit wurde als Covarianz festgelegt) **Beantwortung Forschungsfrage:** Ja **Vergleich mit anderen Studien:** Resultate werden mit weiterer Literatur gestützt und begründet.

der Pflege und UD von PA verbessert werden. **Forschungsbedarf:** Aus der Wissenschaft geht hervor, dass eine Mischung von Interventionen, welche Fähigkeitsverbesserungen und psychoedukationelle Strategien kombinieren, das Outcome von PA verbessert. Es gibt wenige solche evidenzbasierte und einfach-umsetzbare Programme für Familienangehörige von CVI-Patient_innen nach Austritt.	**Messverfahren:** -Demografische Daten der PA und Pat.: Chronic Condition Index, Cognitive Status Scale, Stroke-Specific Quality of Life Proxy - Health Questionnaire Depressive Symptom Scale (PHQ9), misst 9 Depressions-Indikatoren, Kategorien: keine D. (0–4), mild (5–9), moderat (10–14), moderat ausgeprägt (15–19) oder ausgeprägt (20–27). α=0.82, ordinal - Bakas Caregiving Outcomes Scale (BCOS), 15-item, misst Lebensveränderung in Bezug auf soziales Funktionieren, subj. Wohlbefinden und körperliche Gesundheit, Validität und Reliabilität geprüft, α=0.87, ordinal - UD: 2-items, Anzahl der Tage in den letzten 30 Tagen zu schätzen, an denen es ihnen selbst körperlich oder geistig nicht gut ging, Validität und Reliabilität geprüft, absolut PHQ9, BCOS und UD gehören zu Hauptergebnissen. **Intervention:** Beide Gruppen erhielten 8 wöchentliche Anrufe und einen Booster nach 12 Wochen von einer Pflegefachperson +Broschüre der American Heart Association über CVI-Patient_innen <u>Zusätzliche Intervention in IG2:</u> Einen TASK 2 Leitfaden über Bedürfnisse und Sorgen von PA. Dazugehörig ist eine Checkliste mit 5 Bedürfnisfelder: 1) CVI Informationen 2) Emotions- und Verhaltensmanagement nach CVI 3) physische Betreuung anbieten 4) instrumentelle Betreuung anbieten 5) Umgang mit persönlichem Umgang + jeweils 1 Merkblatt zu jedem der 5 Bedürfniss-Themen + 5 Merkblätter zum Aufbau von Fähigkeiten: Zur Stärkung von vorhandenen Fähigkeiten, Screening auf depressive Symptome, Aufrechterhaltung realistischer Erwartungen, Kommunikation mit Gesundheitsdienstleistern und Problemlösung +Arbeitsheft über Stressmanagement. +Beim 5. Anruf Einsatz von BCOS: zur Erfassung von Lebensänderungen und Auswahl der Merkblätter <u>Fokus Anrufe IG2:</u> Schulung von PA, wie sie ihre Bedürfnisse und Sorgen identifizieren und priorisieren, wie sie entsprechende Merkblätter finden, wie sie ihre Hauptbedürfnisse und Anliegen mithilfe innovativer Strategien zum Aufbau von Fähigkeiten (skill-building) thematisieren	-Mehr Verminderung UD in IG2 im Vergleich zu IG1 (p=0.025) <u>Hauptergebnisse nach 12, 24 und 52 Wochen:</u> -Verminderung von depressiven Symptomen in IG2-Subgruppe≥5 im Vergleich zu IG1 nach 24 Wochen (p<0.041) und nach 52 Wochen (p=0.008) -Verminderung von depressiven Symptomen in IG2-Subgruppe≥5 nach 12, 24 und 52 Wochen (p<0.001) und in gesamter Kohorte (p<0.05) -Verminderung von depressiven Symptomen in IG1-Subgruppe≥5 nach 12 und 24 Wochen (p<0.01) -Verbesserung von Lebensänderungen in IG2-Subgruppe≥5 im Vergleich zu IG1 nach 12 Wochen (p=0.046) -Verbesserung von Lebensänderungen in der IG2 nach 12, 24 und 52 Wochen (p<0.05) **Darstellungen:** Die wichtigsten Ergebnisse werden im Fliesstext aufgezeigt,	**Schlussfolgerung für die Praxis:** Indem PA geschult werden, ihre eigenen Bedürfnisse und Sorgen einzuschätzen und diese mithilfe von individualisierten fähigkeits-fördernden Strategien anzugehen, bietet diese Schulung einen PA-orientierten Ansatz zur Selbstfürsorge. Der Gebrauch der TASK 2 Intervention ist speziell, da sie nur anhand von Anrufen stattfindet und so für PA in diversen Settings zugänglich ist. Ebenfalls hat es dazu beigetragen, dass Pflegefachpersonen ihre Zuhör-Fähigkeiten verbessern konnten. In Zukunft wäre eine digitalisierte Entwicklung (Video, webbasiert, Fernüberwachungstechniken = remote monitoring technologies) denkbar. Damit das TASK 2 Programm in Zukunft in die CVI Pflege implementiert werden kann, braucht es weitere Forschung in diesem Bereich und eine Verbesserung der telemedizinischen Technologien.

	Fokus Anrufe IG1: Pflege: wie sie Unterstützung anbieten können, indem sie aktive Strategien des Zuhörens anwenden. **Datenanalyse:** Analysen mit SAS version 9.4.: - Sample-size Berechnung, min. 220 Teilnehmer_innen - unabhängiger t-test für stetige Variablen, Baseline-Äquivalenz - χ 2-test für kategorielle Variablen, Baseline-Äquivalenz - Variablen aus t-test und χ 2 mit sig. Unterschied wurden als Kovariate erfasst - lineare multivariate Regression: abhängige Variablen der Veränderungen Baseline/post für depressive Symptome, Lebensveränderungen und UD **Ethik:** Studie wurde durch Indiana University Office of Research Compliance Human Subjects Office bewilligt. Teilnehmende gaben eine Einverständniserklärung nach Information.	zusätzliche Ergebnisse sind tabellarisch dargestellt.	

Würdigungsraster

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
Antwort auf BA Fragestellung: Ja, der Fokus liegt auf einer Intervention für PA von CVI-Patient_innen in der Transition nach Hause und passt somit mit der Fragestellung/Population überein. **Forschungsfrage:** Die Forschungsfrage und das Ziel dieser Studie werden klar präzise und verständlich definiert und begründet. **Thema logisch dargestellt:** Ja, das Thema wird	**Design**: Design passt zur Fragestellung. Interne Validität wurde mehrfach überprüft und beschrieben. Gefahren der externen Validität werden nicht diskutiert. **Stichprobe:** Sample-Size Berechnung durchgeführt, für Design wäre Stichprobengrösse angemessen gewesen, jedoch aufgrund der Dropouts etwas zu klein. Stichprobenziehung willkürlich, deswegen nicht repräsentativ. Dropouts wurden im Diagramm 1 nach 8, 12, 24, 52 Wochen dargestellt und begründet. Insgesamt sind es 40 in der IG2 und 38 in der IG1 -> total 78 Dropouts **Datenerhebung:** Für die Anrufe der beiden Gruppen waren verschiedene Pflegefachpersonen zuständig, sodass Treatmentdiffusion vermieden wurde. Datenerheber waren in Bezug auf den Randomisierungsstatus verblindet. Um die Verblindung aufrechtzuerhalten, wurden getrennte Teamsitzungen der Datenerhebern durchgeführt. Es ist unklar, warum BCOS beim 5. Anruf angewendet wurde und bei Datenerhebung nach 8 W.	**Präzision der Ergebnisse:** Ergebnisse sind präzise. **Graphiken und Tabellen:** Die Tabelle ist unübersichtlich dargestellt, die Ergebnisse sind nur schwer daraus zu interpretieren.	**Diskussion aller Resultate:** Ja, die Resultate sind in der Diskussion thematisch nach den primary outcomes gegliedert. **Vergleich mit anderer Literatur/Studien:** Es werden differenzierte Vergleiche zu anderer Literatur beschrieben. **Alternative Erklärung:** eher knapp bis keine **Stärken/Schwächen:** Insgesamt werden Limitationen/Schwächen der gesamten Studie aufgezeigt und Stärken der Intervention aufgezeigt. **Umsetzbarkeit in die Praxis:** Die Studie enthält eine enge Verbindung zur aktuellen Wissenschaft und Praxisleitlinien, welche einerseits eine Bewertung der Bedürfnisse und Sorgen von PA, andererseits die

verständlich dargestellt und mit verschiedener Literatur gestützt.	**Datenanalyse:** Daten wurden nicht auf Normalverteilung überprüft, entsprechen den Skalenniveaus. Signifikanzniveau wurde nicht explizit festgelegt, jedoch ist anzunehmen, dass $p<0.05$. Die verwendete Intention-to-treat-Analyse gilt als Goldstandard der Good Clinical Practice (GCP). **Ethik:** Ethische Fragen wurden nicht explizit diskutiert. Einverständniserklärungen der Patient_innen wurde nicht eingeholt, jedoch wurden ihre demografischen Daten erhoben.		Kombination aus psychoedukativen und Fähigkeits-fördernden Strategien, empfehlen. **Wiederholung in anderem Setting möglich:** Studie in einem weiteren Setting denkbar, da die Intervention eine gute Möglichkeit ist, PA auf ihre neue Rolle vorzubereiten und sie zu unterstützen.

CVI = Cerebrovaskulärer Insult, PA = pflegende Angehörige, IG2 = Interventionsgruppe 1, IG1 = Interventionsgruppe 2

Güte

- Objektivität: Datenanalyse entspricht Skalenniveaus (+), Verblindete Datenerhebung für Forscher in Bezug auf Randomisierung (+), Outcome-Variablen in Bezug auf verwendete Messinstrumente beschrieben (+), Ethik: keine Einverständniserklärung von Patient_innen trotz demografischer Datenerhebung (-), Intent-to-treat Ansatz (+), Daten wurden nicht auf Normalverteilung geprüft (-)
- Reliabilität: Intervention wurde nur teilweise ausführlich beschrieben, Reproduzierbarkeit eingeschränkt (+/-) Es wird beschrieben zu welchen Zeitpunkten Outcome-Variablen erhoben wurden (+) Reliabilität der Messinstrumente durch Cronbach α (+), Nicht nachvollziehbar, warum Anwendung von BCOS nach 5. Anruf und bei Datenerhebung nach 8 Wochen (-)
- Validität: Angemessenes Forschungsdesign (+), Sample-Size Calculation durchgeführt (+), Aufgrund willkürlicher Stichprobe Generalisierbarkeit eingeschränkt (-), Limitationen wurden von Forschenden angegeben (+) Messinstrumente scheinen passend, Validität wird beschrieben (+)

Evidenzlage: Die Studie befindet sich auf dem untersten Level der 6S-Pyramide nach DiCenso et al. (2009), da es sich um eine Originalstudie handelt.

A3: Using the Preparedness Assessment for the Transition Home After Stroke Instrument to Identify Stroke Caregiver Concerns Predischarge: Uncertainty, Anticipation, and Cues to Action (Camicia et al., 2021)

Zusammenfassungsraster

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
Phänomen: CVI-Patient_innen und PA sind während der Transition von einer Akutversorgung in eine Rehabilitation und anschliessend nach Hause mit enormen Herausforderungen konfrontiert. PA sind nach Austritt oftmals unvorbereitet auf ihre neue Rolle und auf die bevorstehenden Aufgaben, um die Bedürfnisse von CVI-Patient_innen zuhause zu erfüllen. Dabei werden ihre Bedürfnisse und Sorgen von der Pflege vielfach übersehen. Häufig können PA nicht einschätzen, ob sie für ihre zukünftige Rolle bereit sind. **Forschungsfrage:** Die Forschenden untersuchten die Sorgen von PA bezüglich Langzeitauswirkungen von CVI und ihrer Rolle als Pflegende, nach Ausfüllen des Preparedness Assessment for the Transition Home Instruments (PATH-s). Diese Untersuchung sollte zu einem	**Design**: Qualitative explorative Studie **Population**: Pflegende Angehörige von CVI-Patient_innen in einer Rehabilitationseinrichtung **Stichprobe:** Willkürliche Stichprobe; non-probability sampling n=20 <u>Einschlusskriterien:</u> PA von Patient_in mit erstmaligem CVI und geplantem Austritt nach Hause, Beherrschung der englischen Sprache in Schrift und Sprache, ≥18 J., urteilsfähig sein **Stichprobenziehung:** Teilnehmer_innen in einer Rehabilitation wurden vom Hauptforschenden nach Einschlusskriterien gescreent und in die Studie eingeschlossen. Die Mehrzahl der Teilnehmenden war weiblich, verheiratet, über 55 Jahre alt und hatte ein stabiles jährliches Einkommen. **Studiengruppen:** keine **Datenerhebung**: 2 Monate lang im Frühling 2017 -Selbsterhebung demografischer Daten (Alter, Beziehung, Geschlecht, Schulbildung, Einkommen, ethnische Herkunft) PATH-s in Qualtrics. -PATH-s Instrument: Fragebogen, 25 Items mit 4 Punkte Likert. -Kognitive semistrukturierte Interviews (CI): nach Ausfüllen des PATH-s, Item nach Item, offene Fragen zum Verständnis der	**Ergebnisse:** -Mehrzahl der Teilnehmenden war weiblich, verheiratet und über 55 Jahre alt. Es konnten zwei Überthemen von Ergebnissen herausgearbeitet werden: Unsicherheit und Erwartung/Antizipation. Diese wurden wiederum in weitere Unterthemen gegliedert. -<u>Unsicherheit bezüglich der Prognose</u>: Gedanken über den Genesungsprozess und die Unklarheit der Prognose im Zusammenhang mit dem langfristigen Genesungsprozess. Die Unsicherheit über die Zeitspanne und Ausmass der Genesung ist die grösste Unsicherheit der Studienteilnehmenden. -<u>Unsicherheit über Ressourcenbedarf:</u> Unsicherheit über erforderliche Ressourcen für die Pflege mit CVI-Patient_innen. -<u>Leben in Ungewissheit und die Auswirkungen auf die Beziehung:</u> Gedanken über Beziehung zu CVI-Patient_in und zukünftige Veränderungen -Unsicherheit über physische Belastungen als PA: Wahrnehmung der eigenen Gesundheit, Sorgen bzgl. vorbestehenden Krankheiten, Tendenz eigene gesundheitl. Probleme zu minimieren	**Beurteilung Ergebnisse:** Die Forschenden bringen die Aussagen der Teilnehmenden in Verbindung mit dem PATH-s Instrument. **Limitationen:** Aufgrund der Stichprobenziehung und der kleinen Stichprobengrösse könnten die Resultate aus dieser Studie nicht auf PA anderer Rehabilitationsinstitutionen zutreffen. **Beantwortung Forschungsfrage:** Die Forschungsfrage kann durch die Kodierung und Einteilung in Hauptthemen umfassend beantwortet werden. **Bezug zu weiterer Literatur:** Die Ergebnisse werden mit weiterer Literatur gestützt und diskutiert. **Schlussfolgerung für die Praxis:** -Die Bedürfnisse und Sorgen der PA von CVI-Patient_innen zu erkennen, sowie

besseren Verständnis der Sorgen dienen. **Ziel des Forschungsvorhabens:** Das PATH-s sollte zur Identifizierung von Anliegen von PA vor Austritt dienen. Zu den Anliegen zählen Ungewissheit, Erwartungen und Handlungsansätze. Diese Studie wurde als Teil einer grösseren Studie durchgeführt, um das PATH-s Instrument zu entwickeln und zu validieren.	jeweiligen Items und was Teilnehmende beim Lesen und Beantwortung des PATH-s Fragebogen dachten. Durchführung in Einzelzimmern in der Rehabilitation mit Audio-Aufzeichnung **Methodologische Reflexion:** Reflexion wurde durch die Forschenden nicht begründet, jedoch kann aufgrund der Fragestellung von einem phänomenologischen Ansatz ausgegangen werden. **Datenanalyse:** Audio-Aufzeichnungen wurden wörtlich transkribiert. Durch zwei study-nurses wurden sie anhand von themenbezogener Analyse unabhängig kodiert. Daten wurden in eine Excel Tabelle eingetragen. Eine Spalte für wörtliche Zitate, eine andere Spalte für zugehörige Themen. Die Themen wurden im Laufe der Interviews verifiziert und ihre Relevanz begründet. Die Forschenden diskutierten und protokollierten zusammen die identifizierten Themen. Sie einigten sich auf 9 Kernkonzepte. Demografische Daten wurden anhand des SPSS Version 25 deskriptiv analysiert. **Ethik:** Die Teilnehmenden erhielten eine schriftliche Zusammenstellung ihrer Rechte und wurden durch die Hauptforscherin detailliert aufgeklärt. Eine schriftliche Einverständniserklärung von den Teilnehmenden wurde eingeholt. Es fand eine freiwillige Teilnahme an der Studie statt.	-Unsicherheit über Verantwortung und Rollenerfüllungen: Fragen über Umfassung und Auswirkung der neuen Rolle auf bereits bestehende Verpflichtungen und Rollen -Unsicherheit über Langzeitfolgen vom CVI: Viele Teilnehmenden hinterfragten ihre Fähigkeit die Rolle als PA physisch, psychisch und finanziell langfristig zu tragen. -Antizipation von Umgangsstrategien: Gedanken über die Folgen des CVIs auf das eigene Leben und wie sie ihre Rolle als PA aufrechterhalten können. -Voraussichtliche Entscheidungen, die getroffen werden müssen: Entscheidungen für Zukunft, für das eigene Leben und für externe Hilfe -Das Bedürfnis nach Selbstfürsorge antizipieren: Realisation über die Bedeutsamkeit von Selbstfürsorge und eigener Gesundheit, um die Rolle als PA auszuführen Durch das PATH-s Instrument wurden PA angeregt, sich über die Zukunft Gedanken und erforderliche Schritte zu planen. **Präsentation Ergebnisse:** Intervieweinteilung in Themen mit dazugehörigen Zitaten tabellarisch dargestellt und im Fliesstext beschrieben.	Verständnislücken festzustellen kann durch eine evidenzbasierte Ausbildung und Trainings angegangen werden ist eine wichtige Kompetenz von Pflegefachpersonen - Die Informationen des PATH-s können von Rehabilitations-Pflegekräften genutzt werden, um den PA zu helfen die aktuellen und zukünftigen Bedeutungen ihrer Pflegerolle zu verarbeiten und Unsicherheiten zu minimieren. -Die PATH-Studie zeigt die Notwendigkeit auf, Bildungsprogramme zu entwickeln, die die Unsicherheit der Pflegenden aufgreifen und Strategien identifizieren, die den PA beim Übergang nach Hause helfen.

Würdigungsraster

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
Problembeschreibung: Die Studie bearbeitet eine wichtige Frage der Pflege, da mithilfe des PATH-s Sorgen und Anliegen von PA einerseits von der Pflege, andererseits von den Betroffenen selbst besser erkennt werden können. Somit kann die Pflege entsprechend handeln und es können unterstützende Massnahmen eingeleitet werden. **Forschungsfrage/Phänomen:** Das Phänomen und das Ziel der Forschungsarbeit sind klar beschrieben. Die Signifikanz der Thematik wird anhand des theoretischen Modelles von Lutz et al. (2017) erklärt. Dieses dient als Grundlage für das PATH-s.	**Ansatz/Design**: Das Design ist nachvollziehbar und passt zur Forschungsfrage. **Stichprobe:** Die Stichprobengrösse ist angemessen. Durch non-probability samplig ist Rückschluss auf Population eingeschränkt. Jedoch wurde auf ein breites Spektrum von demografischen Daten geachtet. **Datenerhebung:** Bei der Datenerhebung geht es um die Sichtweise und das Erleben der PA. Die Vorgehensweise wurde detailliert beschrieben. **Methodologische Reflexion:** Das Design wird beim Vorgehen nicht explizit begründet, jedoch in der Schlussfolgerung kurz aufgegriffen. **Datenanalyse:** Die analytischen Schritte werden genau beschrieben und sind nachvollziehbar. Die Datenanalyse wurde mehrfach im Forschungsteam besprochen und dadurch validiert. **Ethik:** Ethische Fragen wurden nicht umfassend diskutiert, das ethische Vorgehen wie Einverständniserklärungen beschrieben.	**Analyse:** Die Ergebnisse wurden aus einer präzisen Analyse herausgearbeitet. **Kategorien:** Die Resultate werden im Text übersichtlich dargestellt und in ihren Domänen ausführlich erklärt. Die Konzeptualisierung wurde im Verlauf der Ergebnisauswertung wiederholt evaluiert und validiert. Das Phänomen wird als Ganzes beleuchtet. Die Kategorien und ihre Ergebnisse werden mit Zitaten der Teilnehmenden gestützt.	**Interpretation:** Durch die Interpretation der Ergebnisse wird das untersuchte Phänomen ausführlich dargestellt und begründet. **Beantwortung der Forschungsfrage:** Ja, die Forschungsfrage kann anhand der Ergebnisse beantwortet werden. **Bezug zur Literatur:** Ja **Pflegerelevanz:** Die Implementation und Umsetzung der Studienergebnisse/des PATH-s Instrument in die Pflege wird beschrieben und begründet. **Schlussfolgerung:** Aufgrund der Pflegerelevanz und der praktischen Anwendung des Selbst-Assessment Instruments für PA ist die Implementation begründet.

CVI = Cerebrovaskulärer Insult, PA = pflegende Angehörige

Güte

- Bestätigung: Ein Protokoll der Diskussionen des Forschungsteams wurde geführt. (+)
- Zuverlässigkeit: Die Forschenden haben ihre Daten zusammen regelmässig reflektiert, verglichen und diskutiert. (+)
- Glaubwürdigkeit: Kein member-checking (-), Forscher-Triangulation durchgeführt (+), Daten wurden durch in qualitativer Forschung erfahrene study-nurses unabhängig kodiert (+)
- Übertragbarkeit: Setting und Teilnehmer_innen wurden beschrieben (+), Generalisierbarkeit aufgrund willkürlicher Stichprobe eingeschränkt (-), Resultate werden übersichtlich und strukturiert präsentiert und durch Zitate der Teilnehmenden gestützt (+), Die Implementation und Umsetzung der Studienergebnisse/des PATH-s Instrument in die Pflege wird beschrieben und begründet. (+)

Evidenzlage: Die Studie befindet sich auf dem untersten Level der 6S-Pyramide nach DiCenso et al. (2009), da es sich um eine Original-studie handelt.

A4: Effectiveness of a strength-oriented psychoeducation on caregiving competence, problem-solving abilities, psychosocial outcomes and physical health among family caregiver of stroke survivors: A randomised controlled trial (Cheng et al., 2018)

Zusammenfassungsraster

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
Problem: Im Vergleich zu der kaukasischen Bevölkerung haben Chinesinnen/Chinesen eine zwei- bis dreimal höhere Prävalenzrate an einem CVI zu erkranken. Die Mehrheit des Rehabilitations-prozess findet statt, nachdem die CVI-Patient_innen wieder zuhause sind. Aufgrund der komplexen und fordernden Aufgaben sind PA einem hohen Mass an Stress ausgesetzt. Dieser Stress kann PA einschränken, ihre Ressourcen einzusetzen, um mit täglichen Problemen umzugehen. Fehlangepasste Bewältigung kann die physische und emotionale Gesundheit der PA beeinflussen und pflegebezogenen Unfälle fördern. Diese können auch für die CVI-Patient_innen negative Folgen haben, wenn die PA ihre Rolle aufgeben müssen und die	**Design**: Prospektive multi-center einzeln verblindete randomisierte kontrollierte Studie **Population:** PA und CVI-Patient_innen (Paare) aus einem regionalen Akutspital und zwei Rehabilitationskliniken in Hong Kong, die nach Hause austreten. **Stichprobe:** während Spitalaufenthalt anhand Ein- und Ausschlusskriterien gescreent n=616 Paare. Einschlusskriterien: Chinesische Hong Kong Einwohner_innen, ≥ 18 Jahre, urteilsfähig, PA als primäre Pflege und gemeinsames Wohnen mit Pat, CVI Pat. haben primäre CVI Diagnose und Austritt mit Modified Barthel Index score < 91 -> gewisse Beeinträchtigung vorhanden. Ausschluss: PA und CVI Pat. mit diagnostizierten psychischen Erkrankungen. n=142 wurden randomisiert **Stichprobenziehung:** Einmalige willkürliche Stichprobe; non-probability sampling. Anhand Blockrandomisierung in IG und KG eingeteilt. **Studiengruppen:** IG: Interventionsgruppe mit Psychoedukation-Programm + gewöhnliche Pflege, n=64 KG: gewöhnliche Pflege, n=64. Gewöhnliche Pflege: Interdisziplinäre Rehabilitation und ambulante med. Nachsorge nach Austritt. Abgabe Informationsbroschüren über den CVI und Ratschläge einer Pflegefachperson vor der Entlassung (kurz). **Datenerhebung:** Die Studie begann im Juni 2012 und endete im März 2014, Rekrutierung endet im September 2013 T0: Vor Austritt & Randomisierung durch persönliches Gespräch zur Einwilligung und erfasste Baseline Daten, Outcomes T1: post-Intervention, Outcomes, telefonisch T2: 1 Monat post-Intervention, Outcomes, telefonisch T3: 3 Monate post-Intervention, Outcomes, telefonisch	**Ergebnisse:** -keine signifikanten Unterschiede der soziodemografischen und klinischen Merkmale zwischen IG und KG - PA: 75% weiblich, Durchschnittsalter 49.1 J., tiefes Bildungsniveau 71.1% ≤12 J. Schulbildung, 57.3% Kinder der CVI Pat. - CVI Pat: . Durchschnittsalter 70.9J, 76.6% erster CVI, 91.4% Hemiparese, >50% Dysphagie oder - arthrie, -von T1 zu T3 in IG: signifikante Verbesserung in Pflegekompetenz (p<0.01), Problemlösungsfähigkeiten (p=0.03 bis <0.01), Zufriedenheit mit der wahrgenommenen sozialen Unterstützung (p<0.01) im Vergleich zu KG -IG bei T2: signifikante Verbesserung in familiärer	**Signifikanzen erklärt:** Es wird einen Teil der Signifikanten und nicht-signifikanten Ergebnissen von den Forschenden aufgegriffen und erklärt. **Limitationen:** Limitationen werden nicht explizit aufgezählt, können jedoch aus der Diskussion aufgegriffen lesen: -aufgrund des convenicence sampling sind die Ergebnisse nicht generalisierbar. -ähnliche Demografische Daten --> Generalisierbarkeit der Ergebnisse ist ebenfalls fragwürdig -Kultureller Einfluss: Erwartung an chinesische PA, ihre Familie (vor allem Eltern) zu pflegen, mit den starken Anforderungen und Belastungen der Pflege umzugehen und die Gefährdung eigener Gesundheit in Kauf zu nehmen. Aufgrund dieser Erwartungen werden vermutlich in Taiwan einen kleineren Prozentanteil von CVI-Patient_innen in Langzeitinstitutionen platziert, als bei und im Westen.

<table>
<tr>
<td>Überlebenden eine vorzeitige Institutionalisierung benötigen.
Forschungsfrage/Ziel: Die Evaluierung der Wirksamkeit eines ressourcenorientierten Psychoedukations-Programms auf die Pflegekompetenz, Problemlösungsfähigkeiten, depressiven Symptome, Belastungen und physische Gesundheit der PA, sowie potentielle Platzierung der CVI-Patient_innen.
Dazu wurden folgende Hypothesen festgelegt:
-Im Vergleich zu KG besitzt die IG signifikant höhere Pflegekompetenzen, lösungsorientierte Copingstrategien, tiefere depressive Symptome und Belastungen, bessere Ressourcen und physische Gesundheit. Zu den Zeitpunkten 0, 1-, und 3 Monte post intervention.
- Zusätzlich werden im Vergleich zu KG weniger CVI-Patient_innen der IG in Pflegeeinrichtungen platziert.
Forschungsbedarf:
Lösungsorientierte Coping-Strategien gelten als innere</td>
<td>Messverfahren: Persönliche und telefonische Befragungen, schriftliche medizinische Daten
<table>
<tr><td>Outcome
Demografische Daten PA und Pat.</td><td>Messinstrument
Befragung</td><td>Items & Scores</td><td>Skalierung
nominal, ordinal, absolut</td></tr>
<tr><td>PA Kompetenz
(primärer Outcome)</td><td>Caregiving Competence Scale</td><td>4 items (score: 4–16)</td><td>ordinal, S: intervall</td></tr>
<tr><td>problemlösungsorientiertes Coping</td><td>Problem Solving Inventory</td><td>33 items (score: 33–198)</td><td>ordinal, S: intervall</td></tr>
<tr><td>Depressive Symptome</td><td>10-item Center for Epidemiological Studies Depression</td><td>10 items (score: 0–10)</td><td>ordinal, S: intervall</td></tr>
<tr><td>Pfelgebezogene Belastungen</td><td>Caregiving Strain Index</td><td>13 items (score: 0–13)</td><td>ordinal, S: intervall</td></tr>
<tr><td>Wahrgenommen soz. Unterstützung</td><td>Social Support Questionnaire</td><td>6 items: Quantity: 0–9; Satisfaction: 0–6</td><td>ordinal, S: intervall</td></tr>
<tr><td>familiäre Funktionsfähigkeit</td><td>General Functioning subscale of the Family Assessment Device</td><td>12 items (mean score: 1–4)</td><td>ordinal, S: intervall</td></tr>
<tr><td>Wahrgenommene physische Gesundheit</td><td>The Chinese (Hong Kong) SF-12 v2</td><td>12 items Physical Component Summary Score: 0–100</td><td>ordinal, S: intervall</td></tr>
<tr><td>Inzidenz der pflegebezogene Unfälle</td><td>-</td><td>2 item</td><td>nominal</td></tr>
<tr><td>CVI Pat. Betreuung zu Hause</td><td>-</td><td>4 items</td><td>nominal, intervall</td></tr>
</table>
Intervention: <u>Gewöhnliche Pflege</u>: Interdisziplinäre Rehabilitation und ambulante med. Nachsorge nach Austritt. Abgabe Informationsbroschüren über den CVI und Ratschläge einer Pflegefachperson vor der Entlassung (kurz).
<u>Psychoedukations-Programm</u>: Psychoedukations-Programm durchgeführt durch erfahrene registrierte Pflegefachperson in allgemeiner und psychiatrischer Fachrichtung. Folgende Komponenten: (1) affektives Erleben, das PA zu einer positiven emotionalen Reaktion auf den täglichen Stress anleitet, (2) Verhaltensregulierung, die die Fähigkeiten und Gewohnheiten der PA modifiziert, um eigene Gesundheit zu fördern, und (3) kognitive Beherrschung, die die Problemwahrnehmung neu gestaltet und die Problemlösungsfähigkeiten und -fertigkeiten fördert.</td>
<td>Funktionsfähigkeit (p=0.05, p=0.04)
-IG bei T3: signifikante Verbesserung in wahrgenommener sozialer Unterstützung (p<0.01)
-bei T3: Level der pflegerischen Belastungen ist in IG signifikant tiefer als in KG (p<0.05)
-> aufgrund sig. Verbesserung der Pflegekompetenz und Problemlösungsfähigkeit der IG zu KG könnte problemlösungsorientierte Bewältigung ein Mediator sein.
Sig. Korrelation der problemlösungsorientierte Bewältigung mit den Outcomes (r = -0,36, p < 0,01).
Nebenergebnisse (nicht signifikant):
-Niedrige Inzidenz pflegebezogener Unfälle in beiden Gruppen zu allen Zeitpunkten, Vergleich zwischen den Gruppen auch nicht-signifikant
-T1 zu T3: IG hat bessere wahrgenommene physische Gesundheit und pflegerische Belastungen im Vergleich zu KG</td>
<td>-es gibt weitere Variablen, welche das Wohlergehen der PA beeinflussen können (siehe Würdigungsraster)
Beantwortung Forschungsfrage: Ja. Die Anwendung des Interventions-Programms beweist den klinischen Nutzen, die inneren Stärken von PA zu verbessern, um so psychosoziale Outcomes zu verbessern. Die Auswirkungen der Intervention auf die Verbesserung der Problemlösungs-kompetenz, der Pflegekompetenz und den Pflegeressourcen wurden klar ersichtlich.
Vergleich mit anderen Studien: Diese Studie wird vor allem mit anderen Modellen verglichen. Es ist die erste Studie, welche den Effekt eines psychoedukationellen Programms auch auf pflegebezogene Unfälle untersucht hat.
Schlussfolgerung für die Praxis:
Es wird erklärt, warum Pflegefachpersonen in einer idealen Position sind, um mit PA zu arbeiten. Durch sie (Wellness-Paradigma) wird die Funktionsfähigkeit in allen Lebensbereichen durch Einsetzen innerer Stärken verbessert.
Die Ergebnisse dieser Studie liefern</td>
</tr>
</table>

Ressource zum Schutz des Wohlbefindens von PA. Dabei handelt es sich um kognitiv-affektive Verhaltensprozesse, die die negativen Gefühle und emotionale Stressreaktion in eine positive umwandeln. Dadurch gewinnen PA Vertrauen in ihre Fähigkeit, können durch gewählte Bewältigungsmassnahmen Lösungen erarbeiten, um Situationen effektiv zu bewältigen.	- 2 strukturierte, persönliche Aufklärungsgespräche für PA ->45min: **1**. 5 Tage nach Randomisierung -> Informationen zu CVI und deren Pflege, praktische Skills zur Mobilisation und Transfer. **2**. 2 Tage vor Austritt -> Selbstfürsorge für PA und Stress Management - 6x 30min zwei-wöchentliche Telefonsitzungen: 5-schrittiges Problemlösungs-Skills-Training (Problemdefinition, Erarbeitung von Lösungsalternativen, Entscheidungsfindung, Lösungsumsetzung und Ergebnisbewertung), Start 2 Wochen nach Austritt - Schulungs- und Informationsbroschüre in einfacher Sprache mit Informationen zu Schlaganfall, Pflege zu Hause und Selbstfürsorge für PA **Datenanalyse:** IBM SPSS 22.0, gemäss Empfehlung des CONSORT-Statements (Moher et al., 2010) wurde körperliche Funktionsfähigkeit der CVI Pat. und das Vorhandensein körperlicher Erkrankungen der PA kontrolliert Generalisiertes Schätzgleichungsmodell f. Gruppen-Zeit Unterschied der Outcomes, Interaktion Gruppe x Zeit (T0-T3), unterschiedliche Veränderung in den Outcomes, Arbeits-Korrelationsmatrix der zeitabhängigen Ergebnisvariablen und das AR(1)-Modell für verallgemeinerten Schätzungsgleichungsmodellen, lineare Regressionsanalyse für Differenz der Endpunktwerte des Belastungsindex für pflegende Angehörige bei jeder Messung nach der Intervention zw. IG und KG, chi-square test mit Bonferroni adjustment für multiple Vergleiche für Gruppenvergleich der verbleibenden Variablen, chi-square test: Attiration Bias, kategorielle Variabeln, t-test: Attiration Bias, kontinuierliche Variablen, Normalverteilung, Signifikanzlevel 0.05, zwei-seitig **Ethik:** Ethische Genehmigung durch Joint CUHK-NTEC Clinical Research Ethics Committee (CRE-2012.185-T). Teilnehmer wurden informiert, Einwilligung liegt vor und Freiwilligkeit. Daten wurden anonymisiert und sicher aufbewahrt. Die Studie wurde in Übereinstimmung mit dem Ethikkodex des Weltärzte (Deklaration von Helsinki) durchgeführt.	-> keine signifikanten Unterschiede in wahrgenommene physische Gesundheit und pflegebezogener Unfälle in dieser Studie -die Studie zeigt keine signifikanten Verbesserungen von depressiven Symptomen **Darstellungen:** Die wichtigsten Ergebnisse werden im Fliesstext erläutert. Diese und weitere Ergebnisse werden tabellarisch aufgezeigt.	Erkenntnisse, die die Entwicklung einer evidenzbasierten Transitions-Intervention für PA beleuchtet. Ohne langzeitige Schulungen zeigten PA mit niedrigem Bildungsstand die Fähigkeit, problemlösende Coping-skills zu erlernen und anzuwenden. Daher schlägt diese Studie die Implementation eines stärkenorientierten psychoedukativen Programms in die Rehabilitationsbetreuung von CVI-Patien_innen vor, um so die Expertise von PA zu erreichen.

Würdigungsraster

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
Antwort auf BA Fragestellung: Die Studie beantwortet die Fragestellung. Jedoch beinhaltet die Population der Studie PA und CVI-Patient_innen. Der Fokus der Studie liegt jedoch auf den PA. **Forschungsfrage:** Die Forschungsfrage ist klar und umfassend beschrieben und wird mit einer Hypothese gestützt. **Thema logisch dargestellt:** Das Thema ist logisch dargestellt und wird mit dem Stressmodell von Lazarus, dem problemlösungs-Modell, sowie weiterer Literatur gestützt.	**Design**: Design passt zur Forschungsfrage **Stichprobe:** Sample-Size Berechnung wurde durchgeführt. Aufgrund willkürlicher Stichprobe keine Generalisierbarkeit der Resultate und Rückschluss auf Population eingeschränkt. Eine zufällige Stichprobe von CVI-Patient_innen war aufgrund des unvorhersehbaren Auftretens eines CVI nicht möglich. Durch Blockrandomisierung Gruppenzuteilung zufällig. Dropouts werden angegeben und erklärt, genaue Anzahl unklar. Intention-to-treat Prinzip wurde beachtet. **Datenerhebung:** Genauer Inhalt der Intervention (Edukation und Problemlösungskomp.) im Anhang der Studie. Datenerhebung passt zur Fragestellung und wurde bei allen Teilnehmer_innen gleich erhoben. Messinstrumente auf Reliabilität und Validität überprüft (Cronbach's alpha, Test-retest reliability). Intervention wird mit Literatur begründet und ausführlich erklärt. Erhebung in Bezug auf Randomisierung verblindet. **Datenanalyse:** Verfahren der Analyse zwar ausführlich beschrieben, jedoch wenig Test-Namen. Lineare Regression für Zusammenhang, jedoch als Differenz beschrieben, Arbeits-Korrelationsmatrix für exploratives Forschen -> nicht passend zum gewählten Design. Skalenniveaus wurden beachtet und auf Normalverteilung überprüft. Sig. Nachvollziehbar. **Ethik:** Ethisches Vorgehen wurde differenziert aufgezeigt und begründet. Einverständniserklärung liegt von CVI Pat. und PA vor.	**Präzision der Ergebnisse:** Die Ergebnisse sind präzise. **Graphiken und Tabellen:** Die Ergebnisse werden in der Tabelle übersichtlich, nachvollziehbar und zu allen Zeitpunkten dargestellt. Jedoch werden teilweise im Text Ergebnisse wie ‚caregiver burden' erwähnt, welche tabellarisch nicht aufgelistet sind.	**Diskussion aller Resultate:** Die Ergebnisse werden knapp erklärt. Es wird vor allem auf die Verallgemeinerung eingegangen. **Alternative Erklärung:** Es wird nur für wenige Ergebnisse nach einer alternativen Erklärung gesucht: Schwerpunkt kultureller Einfluss. **Stärken/Schwächen:** Es werden Stärken der durchgeführten Intervention, sowie Schwächen in Bezug auf die Generalisierbarkeit der Ergebnisse. aufgezeigt **Umsetzbarkeit in die Praxis:** Es steht nicht viel über die explizite Umsetzung der Intervention in die Praxis. Es zeigt lediglich die Effekte der Intervention und die Wichtigkeit davon auf. **Wiederholung in anderem Setting möglich:** Wiederholung in einem anderen Setting möglich, jedoch sollten weitere Variablen beigezogen werden, welche das Wohlergehen von PA beeinflussen könnten. (Wie Impulsivität, depressive Symptome, Aphasie-Typ, Kognitive Beeinträchtigungen von CVI-Patient_innen). Ebenfalls wäre die Durchführung der Intervention in einem westlichen Land sinnvoll.

CVI = Cerebrovaskulärer Insult, PA = pflegende Angehörige, IG = Interventionsgruppe, KG = Kontrollgruppe

Güte

- Objektivität: Skalenniveaus wurden beachtet (+), Datenanalyse teilweise unpassend zum Studiendesign (-), Datenerhebung für Forschende verblindet (+), Outcome Variablen wurden in Bezug auf verwendete Messinstrumente beschrieben, jedoch unklar, wieso Kompetenz PA als Primary Outcome (+/-), Einverständniserklärung liegt von CVI-Patient_innen und PA vor (+)
- Reliabilität: Intervention wurde detailliert beschrieben, auch Telefonats-Inhalte (+), Es wurde beschrieben zu welchen Zeitpunkten Daten erhoben wurden (+), Reliabilitätskoeffizienten für Messinstrumente angegeben (+)

- Validität: Angemessenes Forschungsdesign (+), Sample-Size Berechnung wurde durchgeführt (+), Aufgrund willkürlicher Stichprobe Generalisierbarkeit fragwürdig, jedoch von den Forschenden begründet (-/+), Limitationen wurden nicht explizit erwähnt (-), Validität der Messinstrumente wurde beschrieben (+)

Evidenzlage: Die Studie befindet sich auf dem untersten Level der 6S-Pyramide nach DiCenso et al. (2009), da es sich um eine Originalstudie handelt.

A5:Nursing Home Care Intervention Post Stroke (SHARE) 1 year effect on the burden of family caregivers for older adults in Brazil: A randomized controlled trial (Day et al., 2021)

Zusammenfassungsraster

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
Problem: 45% aller älteren Patient_innen haben nach einem CVI bleibende funktionelle und kognitive Beeinträchtigungen, welche sie nach Spitalaustritt von einer Pflege zuhause abhängig machen. In Brasilien sind PA von älteren Menschen die einzige Möglichkeit für eine häusliche Pflege und treffen in ihrer Rolle auf verschiedene Schwierigkeiten wie Informationsdefizite über CVI und Komplikationen und die korrekte und sichere Ausführung der Pflege. Die neue Aufgabe führt oftmals zu einer Belastung für die PA und zeigt sich anhand von Stress, Ängsten und Depressionen. **Forschungsfrage/Ziel:** Das Ziel dieser Studie ist es, den Effekt der Nursing Home Care Intervention Post Stroke (SHARE)	**Design**: Randomisierte kontrollierte Studie **Population:** Brasilianische PA von älteren CVI-Patient_innen (≥60 Jahre) der Stroke Special Care Unit eines brasilianischen Spitals zwischen Mai 2016-Juni 2017. **Stichprobe:** n=48, Einschluss in Studie durch folgende Einschlusskriterien: CVI Pat.: ≥60 Jahre, >1-≤5 Score Modified Rankin Scale (mRankin) bei Austritt, Wohnhaft in Rio Grande do Sul +20km Umkreis. PA: ≥18 Jahre, leisten unentgeltliche Pflege. Ausschlusskriterien: CVI Pat. in Langzeitinstitution, Einbezug häuslicher Pflegedienst, Tod. **Stichprobenziehung:** Convenience Sampling, willkürliche Stichprobe. **Studiengruppen:** Kontrollgruppe (KG) n=24 Interventionsgruppe (IG) n=24 Computergesteuerte Randomisierung in 2 Gruppen nach Baseline Datenerhebung. **Datenerhebung:** Beobachtungen, Befragung, Fragebogen, verblindet in Bezug auf die Outcome Evaluation und Assessment	**Ergebnisse:** -Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich der soziodemo-grafischen Daten, ausser beim Zivilstand (p=0.021) der Pat. -Die Gesamtbelastung nahm in beiden Gruppen zu, etwas mehr in der KG → keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen -Von baseline bis 1 Jahr hat die Isolation in der KG zugenommen (p=0.047). Ebenfalls in der IG, jedoch nicht signifikant (p=0.171)	**Signifikanzen erklärt:** Signifikante und nicht-signifikante Ergebnisse wurden ausführlich diskutiert und mit weiterer Literatur verglichen. **Limitationen:** Die Forschenden beschreiben folgende Limitationen: -Die Fähigkeit der PA, um die in der Intervention thematisierten Pflegeaktivitäten auszuüben, wurde nicht erforscht -Inwiefern die PA die Richtlinien verstanden haben und korrekt ausgeübt haben, hatte möglicherweise einen Einfluss auf die Belastungen der PA. -Die Stroke Care Untit bot den Angehörigen während dem Spitalaufenthalt bereits Unterstützung

Intervention in Bezug auf Belastungen von PA von älteren CVI-Patient_innen zu evaluieren. Diese Intervention wird im Vergleich zur Standardpflege während einer Jahresperiode untersucht. **Forschungsbedarf:** Es gibt internationale Forschungen, welche Interventionsmodelle für PA von älteren CVI-Patient_innen untersucht haben. Diese Interventionen wurden zuhause, telefonisch oder in Schulungsgruppen durchgeführt und resultierten in der Verminderung von depressiven Symptomen, was ein Prädiktor-Faktor für Belastungen ist. In Brasilien gibt es, laut eines systematischen Reviews, noch keine Untersuchungen von Interventionen für PA von älteren CVI-Patient_innen. Deswegen liegt ein grosser Bedarf an Studien vor, welche effektive Interventionen für die Vorbereitung von PA von älteren CVI-Patient_innen beinhaltet und welche Subventionen für den Aufbau einer auf diese Bevölkerungsgruppe ausgerichteten öffentlichen Politik offeriert. Ebenfalls soll mithilfe solcher Studien die Rolle von Pflegefachpersonen als Ausbilderinnen und Ausbilder gestärkt werden.	Baseline (7 Tage nach Austritt): demografische Daten, Functional Independence Measure (FIM), Caregiver Burden Scale (CBS) 60 Tage, 1 Jahr: CBS **Messverfahren:** - FIM: Beurteilt die Unabhängigkeit von älteren Menschen. 6 Dimensionen (Selbstpflege, Sphincter Kontrolle, Transfer, Fortbewegung, Kommunikation; soz. Kognition). 7-Punkte Likert. Summenscore 18-126. Ordinal, Summe: Intervall. - brasilianisch adaptierte CBS: 22 items in 5 Dimensionen (generelle Belastung, Isolation, Enttäuschung, emotionale Beteiligung, Umwelt). Summenscore gibt Auskunft über Höhe der Belastung. Ordinal, Summe: Intervall. → Outcome **Intervention:** -KG: keine Intervention, erhielten Standardpflege der Stroke Unit → Informationen vom multidisziplinären Team über CVI, Ernährung, Medikation, Mobilität, Bettenaufstellung. Diese Informationen erhielten sie während der Hospitalisation und beim Austritt. Mit regulären follow-up Terminen für Patient_innen. IG: -Standardpflege der Stroke Unit -Follow-up von zwei Pflegefachpersonen während 3 Hausbesuchen (Home Visits HV), Dauer von je 1 Stunde 1.Hausbesuch: 14 Tage nach Austritt, 2.Hausbesuch: 21 Tage nach Austritt, 3.Hausbesuch: 30 Tage nach Austritt Inhalt HV: Verbale und problemorientierte Herangehensweise. Die Pflegefachpersonen gingen von den Bedürfnissen von PA aus und demonstrierten verschiedene praktische Pflegeaktivitäten ausgerichtet nach den zuhause vorhandenen Ressourcen. Das Interventionsprotokoll beinhaltet verschiedene Pflegebereiche: Richtlinien über CVI, emotionale Unterstützung, Nutzen von Gesundheitsnetzwerken, Ernährung, Atemwege, Medikation, Hygiene und Hautpflege, Ausscheidung, Ankleiden und auskleiden, Lagern und Transfers	-Nach 1 Jahr beschreibt die IG im Vergleich zur KG weniger Isolation (p=0.021) -In der Domäne ‚emotionale Beteiligung' zeigte die IG von baseline zu 1 Jahr eine Steigerung (p=0.003). Ebenfalls eine Steigerung in der KG, jedoch nicht signifikant (p=0.289) -IG hat höhere baseline Werte in den Domänen ‚genereller Stress, Enttäuschung, Umwelt' als in KG, ähnliche Werte nach 60 Tagen -Genereller Stress und Enttäuschung haben in IG im Vergleich zu KG abgenommen, jedoch gibt es keine signifikanten Unterschiede in den Domänen oder in der Gesamtbelastung **Darstellungen:** Ergebnisse werden im Fliesstext verständlich aufgezeigt und tabellarisch unterstützt.	an und bereitete sie in der Zeit bis zum Austritt vor, offerierte ihnen Informationen fokussiert auf die Pflegebedürfnisse von älteren Menschen. - Frage, ob CBS als Messinstrument für Studie geeignet sei. **Beantwortung Forschungsfrage:** Die Forschungsfrage kann nur teilweise beantwortet werden. Der Effekt der Intervention kann nur in der Domäne Isolation signifikant nachgewiesen werden. Der weitere Forschungs- und Interventionsbedarf wird ebenfalls aufgegriffen und zeigt, dass die Belastungen für PA mit der Zeit nach dem Austritt zunehmen. **Vergleich mit anderen Studien:** Ergebnisse werden mit einer grossen Bandbreite an Literatur diskutiert. Vor allem werden verschiedene Interventionen und Outcomes in anderen Ländern thematisiert. **Schlussfolgerung für die Praxis:** Die Ergebnisse unterstützen eine Stärkung und Ausbau von Interventionen für PA von älteren CVI-Patient_innen. Es zeigt, wie wichtig die angemessen Austrittsplanung mit Integration der häuslichen Pflege und PA für einen effektiven Übergang ist.

	Ebenfalls wurde schriftliches und illustriertes Material abgegeben, welches die demonstrierten Pflegemassnahmen der Pflegefachpersonen bezieht. **Datenanalyse:** SPSS V.21.0 - T-Test, Mann-Whitney U-Test, Pearson's chi-square Test oder Fisher's exact test: Baseline Charakteristiken zwischen den Gruppen - Generalized Estimation Equations (GEE): Effekt der Intervention. $p<0.05$ Signifikanzlevel **Ethik:** Die Studie wurde von der ethischen Forschungskommission des Spitals genehmigt. Alle Teilnehmenden mussten eine Einverständniserklärung unterschreiben, welche die freiwillige und anonymisierte Teilnahme bestätigt. Ausserdem hatten sie jederzeit das Recht, sich von der Studie zurückzuziehen, ohne vom Spital oder Forschungsteam verurteilt zu werden.		Das zukünftige Ziel ist es, dass Pflegefachpersonen PA bedürfnisgerecht Schulen können, mit dem Schwerpunkt der Gesundheitsprävention und Integration der Pflege.

Würdigungsraster

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
Antwort auf BA Fragestellung: Die Studie fokussiert sich auf ältere CVI-Patient_innen, jedoch sind 72% aller in Brasilien hospitalisierten CVI-Patient_innen ältere Menschen. Ausserdem werden CVI-Patient_innen und PA zusammen in die Studie miteingeschlossen, sind im Ergebnisteil jedoch getrennt. Die Forschungsfrage fokussiert sich ebenfalls auf den Effekt der Intervention auf PA. **Forschungsfrage:** Die Forschungsfrage ist klar definiert und wird durch keine Hypothesen ergänzt.	**Design**: Design passt zur Fragstellung und ist nachvollziehbar. **Stichprobe:** Nicht-willkürliche Stichprobe wäre für RCT angebrachter. Aufgrund willkürlicher Stichprobe Generalisierbarkeit auf Population eingeschränkt. Sample-Size Berechnung wurde durchgeführt. Es wurden keine Dropouts angegeben. Intent-to treat Ansatz. Randomisierung computergesteuert und dadurch willkürlich. **Datenerhebung:** Datenerhebung sinnvoll, allenfalls mit nur einem Outcome Messinstrument etwas knapp. Validität und Reliabilität (Koeffizient) der Messinstrumente erwähnt, gilt auch für angepasste Version. Begründung für Auswahl beschrieben.	**Präzision der Ergebnisse:** Die Tabellen sind präzise und nachvollziehbar. **Graphiken und Tabellen:** Die Tabellen sind vollständig und eine gute Ergänzung zum Text.	**Diskussion aller Resultate:** Es werden alle Resultate diskutiert. **Vergleich mit anderer Literatur/Studien:** Zur Diskussion werden viele andere Literaturquellen als Vergleich beschrieben. Bei den Vergleichen wird geachtet, dass die Studie ähnliche oder gleiche Messinstrumente verwendete. **Alternative Erklärung:** Durch den Beschrieb der Limitationen wurden viele Ansätze für alternative Erklärungen aufgezeigt. Beispielsweise wurde die Reliabilität des CBS. Es wurde diskutiert, ob der Informal Caregiver Burden Assessment Questionnaire (ICBAQ) die Dimensionen des Problems besser abbildet. **Stärken/Schwächen:** Stärken und Schwächen sind ausgewogen. **Umsetzbarkeit in die Praxis:** Details der Intervention sind nicht genau beschrieben. Im Grundsatz wäre jedoch eine Implikation in die Praxis vorstellbar. Hausbesuche scheinen etwas zu kurz für die Abdeckung aller erwähnten Themen und sind individuell gestaltet. Die Forschenden

Thema logisch dargestellt: Das Thema wird verständlich und nachvollziehbar aufgezeigt und mit weiterer Literatur begründet.	**Datenanalyse**: Forschende waren im Assessment verblindet (Datenerhebung verblindet). Analysen entsprechen den Skalenniveaus und sind nachvollziehbar. Normalverteilung wurde nicht beschrieben/geprüft. **Ethik:** Ethisches Vorgehen differenziert beschrieben. Einverständnis liegt einerseits von PA und ebenfalls von CVI-Patient_innen vor.		widersprechen sich, indem sie die Empfehlung der nationalen Politik von Heimpflege beschreiben, der erste HV innerhalb von 7 tagen und danach wöchentlich durchzuführen. **Wiederholung in anderem Setting möglich:** Eine Wiederholung wäre möglich, beispielsweise eine Wiederholung der Intervention nach der Phase der Transition.

CVI = Cerebrovaskulärer Insult, PA = pflegende Angehörige, IG = Interventionsgruppe, KG = Kontrollgruppe

Güte

- Objektivität: Die Datenanalyse entspricht den Skalenniveaus (+), jedoch wurde Normalverteilung nicht geprüft (-), Verblindete Datenerhebung für Forscher in Bezug auf Assessment (+), Outcome-Variablen in Bezug auf verwendete Messinstrumente beschrieben (+), Intent-to-treat Ansatz (+), Dropouts werden nicht beschrieben (-), Ethik: Einverständniserklärung liegt von PA und CVI-Patient_innen vor (+)
- Reliabilität: Intervention nicht detailliert beschrieben, teilweise individuell gestaltet (-), Zeitpunkte, der Outcome-Variablen sind beschrieben, jedoch nur nur einmalige Datenerhebung nach baseline und follow-up nach 1 Jahr → grosser zeitlicher Abstand (+/-), Reliabilität der Caregiver Burden Scale brasilianische Version beschrieben, jedoch in Bezug auf rheumatische Erkrankungen geprüft (+/-)
- Validität: Angemessenes Forschungsdesign (+), Sample-Size Calculation durchgeführt (+), Aufgrund willkürlicher Stichprobe Generalisierbarkeit eingeschränkt (-), Limitationen wurden von Forschenden beschrieben (+), Validität der CBS brasilianische Version beschrieben, jedoch in Bezug auf rheumatische Erkrankungen geprüft (+/-), Inhaltsvalidität in Bezug auf Problem mit nur 1 Messinstrument zu wenig differenziert abgedeckt (-)

Evidenzlage: Die Studie befindet sich auf dem untersten Level der 6S-Pyramide nach DiCenso et al. (2009), da es sich um eine Originalstudie handelt.

A6: Effect of a Passive Intervention on Carers of Stroke Survivors During the Early Poststroke Period (Gaio et al., 2019)

Zusammenfassungsraster

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
Problem: PA von Apoplexie-Patient_innen sind meistens unvorbereitet auf ihre Rolle, verbunden mit hohen emotionalen Belastungen und Depressionen. In der frühen Phase nach einer Apoplexie sind PA am stärksten von den plötzlichen Herausforderungen betroffen. Dies kann sich affektiv auf Patient_innen auswirken und den Rehabilitationsprozess negativ beeinflussen. **Forschungsfrage/Ziel:** Evaluation der positiven Auswirkungen einer passiven multidisziplinären Intervention (einmalig, informativ) auf Belastungen und Depressionen von PA während der frühen Phase nach einer Apoplexie. Es wurde keine Hypothese formuliert. **Forschungsbedarf:** Es wird beschrieben, dass die Edukation für PA in der frühen Phase nach einem Apoplex notwendig ist. Pflegefachpersonen sind in einer idealen Position, um Bedürfnisse	**Design**: Nicht-randomisierte kontrollierte Studie mit retrospektivem Design **Population:** PA: Personen, die eine persönliche Beziehung zu einem Apoplexie Patienten/Patientin haben und ihn/sie in vielfältiger Weise unterstützten. (1 universitäre Stroke Unit in Italien) **Stichprobe:** Gelegenheitsstichprobe (Convenience-Sampling) Einschlusskriterien: keine sichtbare physische Einschränkung, keine Psychopharmaka Einnahme Ausschlusskriterien: keine **Stichprobenziehung:** Die Teilnehmer n=100 wurden von den Forschern in eine Interventionsgruppe und in eine Kontrollgruppe eingeteilt. Die Teilnehmer konnten freiwillig entscheiden, ob sie an der Intervention bzw. QI Projekt teilnehmen möchten. **Studiengruppen:** - Interventionsgruppe (PAS INT) n=56 - Kontrollgruppe (Standard-Pflege) (CON) n=44 **Datenerhebung:** retrospektiv aus dem QI Projekt zwischen Juni 2016 und Mai 2017 Schriftliche Befragung, zweimalige Datenerhebung (1. Befragung 2-4 Tage nach Eintritt, 2. Befragung bei Austritt → zwischen 15-20 Tagen nach Eintritt) **Messverfahren:** 2 Fragebögen, - Family Strain Questionnaire–Short Form (FSQ-SF) → Erfasst physische und emotionale Belastungen von erwachsenen PA, krankheitsunspezifisch, 30 dichotome Items, nominal - Beck Depression Inventory II (BDI-II) → Erfassung der Ausprägung von Depressionen bei Erwachsenen und Jugendlichen, 21 Items über emotionalen und kognitiven Stress, jedes Item hat einen Score 0-3, total 0-63 Score, ordinal, Score-Summen intervall - weitere demografische Variablen: Geschlecht (nominal), Alter (absolut), Beziehung (nominal), Aufenthaltsdauer (absolut)	**Ergebnisse:** Hauptergebnisse (signifikant): - FSQ-SF Score der IG im pre/post Vergleich reduziert ($p<0.01$) - BDI-II Score der IG im pre/post Vergleich reduziert ($p=0.03$) - Kleinere Proportion von Teilnehmern mit einem BDI-II Score >13 in der IG im Vergleich zu KG post Intervention ($p<0.01$) - Verminderung des Scores „eine Beratung aufzusuchen, wenn das Ausmaß des empfundenen Stresses zunimmt“ (FSQ-SF) bei IG pre/post Vergleich Sekundäre Ergebnisse: - Keine demografischen Unterschiede der Gruppen IG und KG -Teilnehmende durchschnittlich 61 jahre und 57% weiblich	**Signifikanzen erklärt:** Ja, es werden signifikante und nichtsignifikante Ergebnisse erklärt. **Limitationen:** werden erwähnt - Retrospektives Design, Datenerhebung während QI Projekt. Dadurch keinen Einfluss auf Stichprobe (Berechnung, Randomisierung) möglich - Mögliche Bias aufgrund freiwilliger Interventions-Teilnahme (höhere Bereitschaft im Umgang mit Belastung und Depressionen. Leicht höhere Belastung der IG **Beantwortung Forschungsfrage:** Ja **Vergleich mit anderen Studien:** Ja **Schlussfolgerung für die Praxis:** Die Implementierung einer informativen Intervention in die Praxis wird empfohlen und sollte allen PA angeboten werden. Die Pflegefachpersonen stehen mit Patient_innen und PA in engem Kontakt und sind am besten in der Lage, Informationsdefizite oder Belastungen zu erkennen. Deswegen sind sie ideale Koordinator_innen und Förder_innen solcher Interventionen.

von Patient_innen und PA zu erfassen.	**Intervention:** einmalige ca. 2-stündige Intervention in jeweiliger Gruppe von 8-12 Teilnehmer, ca 1 Woche nach Eintritt. Intervention besteht aus einem Seminar und anschliessender Fragerunde, von einer Pflegefachperson durchgeführt. Das Seminar beinhaltet folgende 7 Komponenten: Apoplexie Ätiologie, Thrombose-Therapie, Dysphagie und Dysarthrie, Neglect, Poststroke Depression, Rehabilitation → punktuelle Unterstützung von einem Neuropsycholog_in (Dysphagie und Dysarthrie, Neglect) und Physiotherapeut_in (Rehabilitation) **Datenanalyse:** statistical software IBM SPSS Statistics v.22.0 - G*power (Teststärke, >0.8, posthoc) - Median und Interquartilsabstand (IQR) → nichtparametrisch - Kolmogorov-Smirnov Test → Normalverteilung - t-Test für signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen in Bezug auf die parametrischen Merkmale der Personen - χ^2 Test für Proportionen - Mann-Whitney U Test → Gruppenvergleich Kontroll/Intervention - Wilcoxon-Test für Interventionseffekt (Zeitvergleich) - McNemar Test für gepaarte kategorische Variabeln Signifikanzlevel $p < 0.05$ Datenanalyse verblindet. Retrospektive Datenanalyse aus den Daten des QI Projekts. **Ethik:** es wurden keine ethischen Fragen oder Ethikkommission erwähnt.	- Kein signifikanter Unterschied FSQ-SF Score der KG im pre/post Vergleich - Ähnlicher FSQ-SF Score zwischen IG und KG pre und post - kein signifikanter Unterschied BDI-II Score >13 zwischen IG und KG pre **Darstellungen:** Dargestellte Ergebnisse sind verständlich in Text und Tabelle präsentiert.	

Würdigungsraster

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
Antwort auf BA Fragestellung: Ja, es wird eine multidisziplinäre Intervention mit pflegerischer Hauptbeteiligung untersucht. Dabei liegt der Schwerpunkt auf der Transition vom Spital nach Hause oder in eine soziale Einrichtung (Comunity Services). **Forschungsfrage:** Die Forschungsfrage ist klar definiert, wird jedoch mit keiner Hypothese ergänzt. **Thema logisch dargestellt:** Das Thema wird anhand von verschiedener Literaturquellen begründet und dargestellt. Der Forschungsbedarf wird knapp beschrieben.	**Design**: Durch das retrospektive Design sind sich die Forschenden über die möglichen Bias bewusst. Randomisierung könnte die Evidenz erhöhen. **Stichprobe:** Stichprobe für Zielpopulation repräsentativ, jedoch nur von einer Stroke Unit in 1 Spital. Keine vorgängige Sample-Size Berechnung. Durch die Freiwilligkeit der Gruppenzuteilung möglicher Allocation oder selection Bias. Dadurch möglich, dass Vergleichsgruppe nicht ähnlich sind. Angemessene Grösse der Stichprobe. Dropouts wurden nicht beschrieben. **Datenerhebung:** Zweimalige Datenerhebung nachvollziehbar, jedoch könnte eine dritte Erhebung (follow-up) nach Austritt die Resultate stärken. Gleiche und komplette Datenerhebung bei allen Teilnehmern. **Messverfahren & Intervention:** Beide Fragebögen validiert und begründet, FSQ-SF scheint zuverlässig und passend zu sein. Auswahl des BDI-II Fragebogen kritisch, da in der Studie beigezogene Literatur andere Assessmenttools verwendeten. Keine Einflüsse auf die Intervention beschrieben. **Datenanalyse:** Datenanalysen sind klar beschrieben, sinnvoll angewendet und entsprechen den Datenniveaus. Es wurde auf Normalverteilung überprüft. Die Messung der Teststärke ist post hoc kritisch zu betrachten, liegt jedoch deutlich über >0.8. Signifikanzlevel ist nachvollziehbar. **Ethik:** Keine ethische Diskussion beschrieben	**Präzision der Ergebnisse:** Die detaillierten Angaben zu den beiden Fragebögen werden nicht dargestellt. Einzig eine Aussage zum Score „Beratung aufsuchen“ wird in der Diskussion beschrieben. **Graphiken und Tabellen:** Tabelle vollständig und präzise. Ist eine gute Ergänzung zum Text.	**Diskussion aller Resultate:** Es werden nicht alle Ergebnisse diskutiert. Die Interpretation stimmt mit den Ergebnissen überein. **Vergleich mit anderer Literatur/Studien:** Ja, vor allem zur Beantwortung der Fragestellung und die Bedeutsamkeit von informativen Interventionen. **Alternative Erklärung:** Es werden Erklärungen aufgezeigt, warum informative Interventionen noch nicht fix eingeplant werden, obwohl die Notwendigkeit der Berücksichtigung von Bedürfnissen der PA besteht. **Stärken/Schwächen:** Die freiwillige Interventionsteilnahme könnte die Resultate beeinflusst haben. Die Studie zeigt jedoch die Notwendigkeit auf, PA über den gesamten Erholungsprozess von Apoplexie-Patient_innen zu informieren mit dem Fokus auf die Transition vom Spital nach Haue oder in eine soziale Einrichtung. **Umsetzbarkeit in die Praxis:** Die Intervention wäre theoretisch gut in den Pflegealltag einzubauen, jedoch wird angenommen, dass es dem Gesundheitswesen an vorhandenen Ressourcen dafür fehlt. **Wiederholung in anderem Setting möglich:** Eine Wiederholung in einem ähnlichen stationären Setting wäre mit randomisierter Zuteilung und einer weiteren Datenerhebung zuhause sinnvoll.

CVI = Cerebrovaskulärer Insult, PA = pflegende Angehörige, IG = Interventionsgruppe, KG = Kontrollgruppe

Güte:

- Objektivität: Datenanalyse entspricht den Skalenniveaus (+), Outcome-Variablen in Bezug auf verwendete Messinstrumente beschrieben (+), Stichproben nicht randomisiert, möglicher Allocation oder selection Bias (-), Datenanalyse verblindet (+), Messinstrumente objektiv, reliabel und valide (+), keine ethischen Punkte beschrieben (-)

- Reliabilität: Inhalt der Intervention und Messinstrumente detailliert beschrieben (+), Ein- und Ausschlusskriterien nicht genau beschrieben (-), Freiwillige Zuteilung in IG, dadurch möglicher Bias und Reproduzierbarkeit eingeschränkt (-), Zeitpunkte der Datenerhebung wurden genau beschrieben (+), kein Reliabilitätskoeffizient angegeben (-)
- Validität: Retrospektives Design für eine RCT weniger angemessen (-), Keine Sample-Size Berechnung durchgeführt (-), Aufgrund willkürlicher Stichprobe Generalisierbarkeit eingeschränkt (-), G*Power Berechnung post-hoc (+), Messinstrumente (Fragebögen) valide und passend zur Population (+), Limitation sind knapp beschrieben (-), Angemessene Stichprobengrösse (+), Daten auf Normalverteilung überprüft (+)

Evidenzlage: Die Studie befindet sich auf dem untersten Level der 6S-Pyramide nach DiCenso et al. (2009), da es sich um eine Originalstudie handelt.

A7: The effectiveness of home-based individual tele-care intervention for stroke caregivers in South Korea (Kim et al., 2012)

Zusammenfassungsraster

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
Problem: In den letzten Jahren hat die Inzidenz von CVI Überlebenden stark zugenommen. 50% von CVI-Patient_innen benötigen noch 6 Monate nach dem Ereignis Hilfe mit täglichen Aktivitäten. Aufgrund der hohen Tendenz, Patient_innen früher austreten zu lassen, um dabei Kosten zu sparen, entscheiden sich viele CVI-Patient_innen für die pflege zuhause. Familienangehörige leisten nach Austritt oftmals vollzeitige Pflege. PA können in dieser Zeit, aufgrund von fehlendem medizinischem Wissen und den neu auftretenden Umständen und emotionalen Aspekten, viele negative Gefühle erleben. Diese negativen Gefühle zeigen sich als Belastungen, Ängste, Depressionen, verschlechternde Gesundheit und einer verminderten Lebensqualität. Die Belastungen von PA beeinflussen nicht nur die Funktionsfähigkeit der Familie, sondern auch den Rehabilitationsprozess und Lebensqualität der CVI-Patient_innen. **Forschungsfrage/Ziel:** Das Ziel dieser Studie ist die Entwicklung einer wirksamen Gruppen-intervention im Spital zusammen mit einer individualisierten tele-care Intervention für Zuhause, um so die Belastungen für PA von	**Design**: Quasi-experimentelles Design **Population:** PA von CVI-Patient_innen von 5 auf CVI spezialisierten Spitälern in Seoul, Süd-Korea. **Stichprobe:** Stichprobe PA, die am meisten Pflege der hospitalisierten CVI Pat. geleistet haben. Einschlusskriterien: schriftliche Einverständniserklärung, Fähigkeit der Kommunikation und Ziel der Studie verstanden, erste CVI-Diagnose des Pat. Ausschlusskriterien: Freiwilliger Ausstieg aus Studie n=94, davon 21 freiwillig ausgestiegen, n=73 Die Teilnehmenden waren zwischen 21-79 J, Mehrheit weiblich und verheiratet. **Stichprobenziehung:** Willkürliche Stichprobe **Studiengruppen:** EG: n=42, KG: n=31 **Datenerhebung:** Fragebögen. 12.09-30.06.2010 Erhebung: Baseline (im Spital), 1. Post 4 Wochen nach Austritt (P1), 2. Post-Intervention 12 Wochen nach Austritt (P2). Datenerhebung der KG aufgrund zeitversetzten Designs zuerst. **Messverfahren:** - demografische Daten Patient und PA - ADL: Aktivitäten des tägl. Lebens, 10-item Barthel Index, koreanische Version. Score 0-20, patientenbezogen, ordinal, S: intervall., nur Baseline - Gesundheitszustand PA: Visuelle analoge Skala 0-100, ordinal, nur Baseline - Von der Familie wahrgenommene soziale Unterstützung: 10-items, koreanische Version der the social support scale of the Medical Outcomes Study, Score 10-50. Ordinal, S: intervall.	**Ergebnisse:** - Verringerung der Scores für die Belastung der PA um 8.07 (±18.67) in der EG und Erhöhung um 1.65 (±7.47) in der KG zu P2, was einen signifikanten Unterschied darstellt (t = 2.257, p = 0.027) - Signifikanter Zeit Effekt innerhalb Gruppen (F = 6.966, p = 0.002) - Signifikanter Unterschied der Interaktion Gruppe x Zeit innerhalb Gruppen (F = 3.649, p = 0.033). Belastungen PA in EG nahm signifikant über die Zeit ab und der Unterschied zwischen dem Effekt des Gruppenprogramms und der tele-care Intervention war im Vergleich zu KG signifikant. - keine signifikanten Unterschiede der demografischen	**Signifikanzen erklärt:** Teilweise wurden Ergebnisse bereits im Ergebnisteil diskutiert. In der Diskussion werden sie weniger aufgegriffen. Die Resultate zeigen, dass die tele-care Interventionen einen positiven Effekt auf die Belastungen der PA hat. Telefon Interventionen sind empfehlenswert, da die Intervention zeit- und ortsunabhängig sei. **Limitationen:** -Datenerhebung und Interventionsschluss gleichzeitig nach 3 Monaten Folgende Limitationen werden im Text beschrieben: -Da die Belastungen von PA bis zur 4. Woche nach Austritt zugenommen haben, wird eine minimale Interventionsdauer von 2-3 Monaten nach Austritt empfohlen -> die Forschenden schlagen eine längere Interventionsdauer vor, um Langzeiteffekte zu erforschen. -Willkürliche Stichprobe ist eine weitere Limitation, jedoch wird sie von Forschenden begründet **Beantwortung Forschungsfrage:** Gestellte Hypothese wird in dieser Studie bestätigt. Weil PA von CVI-Patient_innen zusätzlich zum Gruppenprogramm im Spital eine individuelle tele-care Intervention zuhause erhielten, waren

CVI-Patient_innen zu reduzieren, damit PA sich nach Austritt gut anpassen können. Ebenfalls sollte diese Studie die Effizienz dieses Programms überprüfen, um es so erfolgreich praktisch ins Gesundheitssystem zu implementieren. In dieser Studie sollte folgende Hypothese überprüft werden: Wenn PA von CVI-Patient_innen das tele-care Programm zuhause zusätzlich zur Gruppen-intervention im Spital zur Verfügung gestellt wird, werden die Belastungen tiefer sein im Vergleich zu den Familien, welche nur die Gruppenintervention im Spital in Anspruch genommen haben. **Forschungsbedarf:** Es wurde erwiesen, dass individualisierte bedürfnisorientierte Interventionen wirksamer sind als ein einheitliches Programm. Solche beratenden Programme sind effizient, um den Stress von PA zu reduzieren. Die beratenden Interventionen telefonisch zu übermitteln hat folgende Vorteile: sie sind kostengünstig, für die Teilnehmenden weniger belastend und identifizieren individuelle Sorgen und Probleme von PA.	- Belastungen PA: 5-Punkte Likert Skala mit 35 items, 7 Faktoren: soziale Akitvität, familiäres Unterstützungssystem, Zukunft des Patienten, Zukunft der PA, finanzieller Status der Familie, Abhängigkeit des Patienten und körperliche Gesundheit des Patienten. Score 35-175. Cronbach's α: 0.93, ordinal, S: intervall → **Haupt Outcome** **Intervention:** <u>Gruppenprogramm im Spital</u>: für EG und KG -Abgabe eines Leitfadens entwickelt für CVI-Patient_innen und ihre Familien (auch für ethische Schwerpunkte) -1 Schulungsveranstaltung in Form einer Vorlesung im Spital -> PowerPoint Präsentation wurde vom Forscherteam erstellt -1 Diskussion nach der Vorlesung <u>Individuelle tele-care Intervention zuhause</u>: für EG -telefonische Intervention -> 14 Anrufe während 3 Monaten: zwei Mal wöchentlich im 1. Monat nach Austritt, wöchentlich im 2. Monat, zwei Mal wöchentlich im 3. Monat -Vorgehen hielt sich ans Interventions-Protokoll: Vorstellung der Forschenden, Rückbestätigung der Bedürfnisse von PA nach Austritt, Bereitstellung von emotionaler und sozialer Unterstützung, Informationen oder Umschulung entsprechend nach Bedürfnissen der Familien. **Datenanalyse:** SPSS V.15.0 - deskriptive Statistik der generellen Charakteristiken, Parametern - Chi-square Test und t-Test: Gruppenvergleiche in Bezug auf Homogenität - ANOVA: Wirksamkeit der home-based individual tele-care Intervention **Ethik:** Schriftliche Einverständniserklärung wurde von allen Teilnehmer_innen eingeholt.	Charakteristiken der CVI Pat. und PA der EG und KG -Durchschnittlich 56 Jahre (EG) und 50 Jahre (KG), mehrheitlich weiblich und verheiratet - keine signifikanten Unterschiede EG und KG der PA Belastungen baseline und P1 - Signifikante Interaktion Gruppe x Zeit der Unterkategorie familiäres Unterstützungssystem des Belastungen PA-Fragebogens (F = 5.540, p = 0.005) -> zeigt die Wirksamkeit der tele-care Intervention zuhause in dieser Unterkategorie in Bezug auf die Belastungen der PA **Darstellungen:** Ergebnisse werden im Text beschrieben und Hauptergebnisse zusätzlich in Tabellen.	ihre Belastungen tiefer als in der KG. →die Ergebnisse zeigen ebenfalls die Wirksamkeit dieser Intervention **Vergleich mit anderen Studien:** Die Ergebnisse dieser Studie werden mit weiterer Literatur und Studien verglichen. **Schlussfolgerung für die Praxis:** Die tele-care Intervention (zusammen mit dem Gruppenprogramm) kann als pflegerische Intervention etabliert werden, um die Belastungen von PA von CVI-Patient_innen zu verringern, indem eine kosteneffiziente, unterstützende Intervention zusammen mit relevanten Informationen zeitnah für ihre Bedürfnisse zur Verfügung gestellt wird. Die telefonische Durchführung der Intervention macht das Übermitteln von Informationen und Unterstützung wirksam auch für Patient_innen, welche keinen direkten Zugang zu Informationen vom Gesundheitswesen haben.

Würdigungsraster

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
Antwort auf BA Fragestellung: Ja, die Population und das Setting passt zur BA-Fragestellung. **Forschungsfrage:** Die Ziele der Studie werden verständlich formuliert und mit einer Hypothese ergänzt. **Thema logisch dargestellt:** Die Thematik dieser Studie wird nachvollziehbar erklärt und dargestellt und mit verschiedener Literatur gestützt.	**Design**: Passt zur Forschungsfrage, ein RCT wäre jedoch ebenfalls passend gewesen -> RCT aufgrund Randomisierung höhere Validität **Stichprobe:** Aufgrund willkürlicher Stichprobe und gezielter Einschluss aufgrund geleisteter Pflege der hospitalisierten Pat. durch PA, Generalisierbarkeit eingeschränkt. Sample-Size Berechnung durchgeführt. Nicht-Randomisierung passt zum Design, jedoch wurde die Gruppenzuteilung nicht genauer beschrieben. Dropouts wurde nicht angegeben, einzig die bereits zu Beginn ausgeschlossenen Teilnehmer_innen. **Datenerhebung:** Einige Patienten wurden erneut ins Krankenhaus oder in eine Langzeitinstitution eingewiesen, insbesondere, wenn keine geeigneten PA zur Verfügung stand. Obwohl solche Situationen auftraten, wurden diese Teilnehmenden nicht aus den Studiengruppen ausgeschlossen. Validität und Reliabilität der Messinstrumente ausgenommen der PA-Belastungen nicht explizit beschrieben. Es stellt sich die Frage, ob das Problem der Belastungen der PA durch die verwendeten Instrumente abgedeckt wird -> Ängste, Depression? **Datenanalyse:** Daten wurden nicht auf Normalverteilung überprüft, Analysen entsprechen den Skalenniveaus. **Ethik:** Einverständniserklärung von allen Teilnehmer_innen vor Studienbeginn schriftlich erhoben, nicht aber von Pat. Laut Forscher_innen erhielten die Teilnehmenden einen „finanziellen Ansporn“ von umgerechnet 3 US Dollars, um die Umfrage abzuschließen, was ethisch fragwürdig ist.	**Präzision der Ergebnisse:** Die Ergebnisse sind präzise. Wichtige Ergebnisse werden im Fliesstext erklärt. **Graphiken und Tabellen:** Tabellen sind präzise und eine Ergänzung zum Text, jedoch fehlt eine Darstellung der demografischen Daten.	**Diskussion aller Resultate:** Die Ergebnisse werden nur teilweise diskutiert, da einige Ergebnisse bereits im Ergebnisteil diskutiert wurden. **Vergleich mit anderer Literatur/Studien:** Vergleiche sind vorhanden. **Alternative Erklärung:** Es wird nur knapp anhand von den Limitationen nach alternativen Erklärungen gesucht. **Stärken/Schwächen:** Stärken und Schwächen der Studie werden von den Forschenden beschrieben. **Umsetzbarkeit in die Praxis:** Intervention ist gut in die Praxis implementierbar. Inhalt der Anrufe wurde beschrieben. Der Ablauf wurde nicht genau erwähnt, jedoch ist es eine individuelle Intervention. **Wiederholung in anderem Setting möglich:** Wiederholung in einem ähnlichen Setting möglich. Jedoch empfehlen die Forschenden eine Verlängerung der Interventionsdauer, um die Wirksamkeit und Wirksamkeit der tele-care Intervention zu maximieren.

CVI = Cerebrovaskulärer Insult, PA = pflegende Angehörige, EG = Experimentalgruppe, KG = Kontrollgruppe

Güte

- Objektivität: Datenanalyse entspricht den Skalenniveaus, jedoch wurde nicht auf Normalverteilung überprüft (+/-), Outcome-Variablen in Bezug auf verwendete Messinstrumente beschrieben (+), Keine Verblindung beschrieben (-), Ethik: Schriftliche Einverständniserklärung von allen Teilnehmer_innen, jedoch nicht von Patientinnen und Patienten. Zudem erhielten alle Teilnehmenden 3 US Dollars, um die Umfrage abzuschliessen (-), Möglicher Allocation Bias kann nicht ausgeschlossen werden, da Gruppenzuteilung nicht beschrieben wurde (-)

- Reliabilität: Zeitpunkte von Datenerhebung wurden beschrieben (+), Einschlusskriterien für Stichprobe schränken die Reproduzierbarkeit ein (-), Reliabilitätskoeffizient für Belastungen von PA angegeben (+)
- Validität: Forschungsdesign in Bezug auf Fragestellung angemessen, jedoch wäre ein RCT sinnvoller gewesen (+/-), Da Gruppen nicht randomisiert wurden, geringe interne Validität (-), Stichproben-Berechnung wurde durchgeführt (+), Aufgrund willkürlicher Stichprobe Generalisierbarkeit eingeschränkt (-), Limitationen wurden beschrieben (+), Messinstrumente scheinen valide zu sein (+)

Evidenzlage: Die Studie befindet sich auf dem untersten Level der 6S-Pyramide nach DiCenso et al. (2009), da es sich um eine Originalstudie handelt.

A8: A Problem-Solving Early Intervention for Stroke Caregivers: One Year Follow-Up (King et al., 2012)

Zusammenfassungsraster

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
Problem: Nach einem CVI kehren die meisten Patient_innen nach Hause zurück und werden dort von ihren Angehörigen gepflegt. Durch die vielen Lebensänderungen und die Überforderung der unvorbereiteten neuen Rolle sind PA vielen negativen Emotionen wie Stress, Depressionen, vielen Bedürfnissen oder negativen Wahrnehmungen ausgesetzt. Diese Emotionen, sowie gesundheitliche/physische Belastungen können zu negativen Outcomes beitragen. Negative Outcomes werden durch fehlangepasste Bewältigung der PA begünstigt.	**Design**: Randomisiert kontrolliertes klinisches Design mit 2 Gruppen **Population:** Primärer PA von CVI-Patient_innen von zwei Rehabilitationsinstitutionen und zwei Rehabilitationsabteilungen von zwei Spitälern in der USA. Als primäre PA wurde eine Person bezeichnet, die die Pflege beaufsichtigt, unterstützt oder leitet. **Stichprobe:**. n=362 während Enrollment, Einschlusskriterien: geplanter Austritt der CVI Pat. nach Hause, primärer PA wohnt mit CVI Pat., PA nicht involviert in Supportgruppe oder Therapie, Zugang zu einem Telefon, Hörfähigkeit zum Telefonieren, CVI Pat. und PA ≥21, PA Depressions-Score >9 Center for Epidemiologic Studies-Depression (CESD) scale. n=255 entsprachen Einschlusskriterien und wurden randomisiert. **Stichprobenziehung:** Willkürliche Stichprobe, Non-probability sampling. Aktive Kontaktaufnahme durch Forscher_innen während Rehabilitation. **Studiengruppen:** IG1: caregiver problem-solving intervention (CPSI) Gruppe, n=136 IG2: wait-list control (WLC) Gruppe, n=119 Nach Baseline Datenerhebung wurde eine computergesteuerte Randomisierung stratifiziert nach Beziehung durchgeführt.	**Ergebnisse:** -Keine demografischen Unterschiede der Gruppen; durchschnittlich 54.6 Jahre alt, in IG1 76.5% weiblich und IG2 80.7% weiblich -Durchschnittliche Dauer der Sitzungen/Anrufe: IG1 =37min, IG2=18min -PA identifizierten eine grosse Bandbreite an Problemen, welche in drei Kategorien unterteilt wurden: Erhaltung der Familie und sich selbst, zwischenmenschliche Störungen, Funktionieren von CVI-Patient_innen - Hohes Vorkommnis von Depressionen (75%) und depressiver Symptome zum Zeitpunkt Baseline. CES-D≥30 für moderate bis schwere Depression bei 28% Baseline und 10%bei T4. 89 PA	**Signifikanzen erklärt:** Es werden teilweise mehr Resultate aufgegriffen, als bei den Ergebnissen im Fliesstext erwähnt wurden. **Limitationen:** In der Studie wurden folgende Limitationen erwähnt: -Die Teilnehmenden waren hauptsächlich gut-ausgebildete Frauen, welche ihre Ehemänner pflegten -> Generalisierung ist fragwürdig -Es gab während der Studie viele Dropouts, dadurch entstanden mögliche Bias bei GCM Analyse (Dropoutrate war in IG1 höher) -es gibt keine intention-to-treat Analysen für Interventionen für PA

Forschungsfrage/Ziel: In dieser Studie wurde eine problemlösungs-Intervention ‚Caregiver problem-solving Intervention' (CPSI) für PA von CVI-Patient_innen getestet, um negative Outcomes zu vermindern und zu vermeiden. Folgende Hypothesen wurden festgelegt:
-Die CPSI resultiert im Vergleich zur ‚wait-list control group' (WLC) in einer grösseren Verbesserung von depressiven Symptomen, Angst, PA Bereitschaft von, Lebensänderungen und Funktionsbereitschaft der Familie
- Bewertungen der PA und problem-Lösen würde die resultierenden Outcomes beeinflussen.
Hypothesen wurden durch eine exploratorische Fragestellung ergänzt: Unterscheiden sich die beiden Gruppen in wahrgenommener physischer Gesundheit mit der Zeit?
Forschungsbedarf: Es gibt wenige Studien, welche die Effizienz von psychosozialer Anpassung während der Transition in die Pflegerolle aufzeigen. Ebenfalls ist wenig

Datenerhebung: Baseline (preintervention, T1), 3 bis 4 Monate postdischarge/postintervention (T2), 6 (T3), und 12 Monate postdischarge (T4). Datenerhebung baseline durch persönliche Befragung. Fragebogen, Forscher in Bezug auf Datenerhebung verblindet

Messverfahren:

Outcomes(**fett Outcomes f. Studie)**	Messinstrument	Items (Scores)	Skalierung
Demografische Daten PA	Befragung		nominal, ordinal, absolut
Depression	Center for Epidemiologic Studies–Depression scale (CES–D)	20 items (0-60, ↑ S, ↑ Symptome)	ordinal, S: intervall
Wahrnehmung des Lebenswandels	Bakas Caregiving Outcomes scale (BCOS)	15-items, 7-Punkte (15-105, ↑ S, ↑mehr pos. Veränderung)	ordinal, S: intervall
PA Bereitschaft	Preparedness for Caregiving Scale	8-item, 5-Punkte (0-4)	ordinal, S: intervall
Ängste	Tension-Anxiety subscale of the Profile of Moods Scale short form	5-item, (0-20)	ordinal, S: intervall
Funktionsfähigkeit d. Familie	General Functioning Scale of the McMaster Family Assessment Device (FAD)	12 item, 4-Punkte (1-4)	ordinal, S: intervall
PA Wahrnehmung eigene Gesundheit		1-item	nominal
Ressourcen und Stressoren	investigator-generated Intervening Events Questionnaire (IEQ)	Liste von 15 Ressourcen, 9 Stressoren	ordinal, S: intervall
subj. Bewertung der Betreuung (wohlwollend, gutartig,bedrohlich)	Appraisal of Caregiving Scale (ACSRevised)	27-item, 5-Punkte (1-5)	ordinal, S: intervall
Problem-lösungs Coping	Social Problem Solving SPSI-R short form	25-item (0-20)	ordinal, S: intervall
CVI Variabeln: demografische, Art des CVI, Beeinträchtigung, Komorbidität und Mortalität, funktioneller Status -> durch PA T1 und T2	Functional Independence Measure (FIM) für funkt. Status	18-item, 7-Punkte (18-126)	nominal, ordinal, intervall,absolut

Intervention:

<u>IG1 CPSI Intervention</u>: Problemorientierte Trainings
-10 manualisierte Interventions-Sitzungen mit Themen: Stressmanagement, Problem-lösen, emotional-sozialer Einfluss der Pflege, depressive Symptome und Prävention, Selbstfürsorge, Familienrollen, Ressourcen.
-erste zwei Sitzungen wenn möglich im Spital, Sitzungen 3-7 nach Austritt telefonisch (wöchentlich), Sitzungen 8-10 telefonisch (2-wöchentlich)
->PA identifizierten Probleme und entwickelten problemlösende Pläne

wurden aufgrund CES-D≥30 zu einer Beratung überwiesen. Dabei kein sig. Gruppenunterschied. p=0.78
-Gruppenunterschiede in Bezug auf Depressionen wurden nach 6 Mt. signifikant sichtbar (p=0.04). Die Wachstumskurve der IG1 ist in den 6 Monaten schneller gesunken und nach 6 Monaten schneller gestiegen
→ es wurden über die Zeit keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen gefunden
-Kurzzeitige Ergebnisse (für Completers der IG1) zu Unterschieden zu T2 GruppeXZeit: Abnahme von Depressionen (p=0.035) und Zunahme Lebensveränderungen (p=0.033) und Gesundheit (p<0.05).
-Bedrohung war ein signifikanter Mediator für 4 Ergebnisse/Outcomes (p<0.001): Höhere Bedrohung in Bezug auf negativere Lebensveränderungen, schlechtere Bereitschaft der PA, höhere Depressionen und Angst
- Bessere Problemlösungs-strategien führte zu einer besseren Bereitschaft.
- Benefit appraisal change höher in IG1 (p=0.008) bei T2
-Ergebnisse der intention-to-treat Analyse über PA: Weisse Ethnie und tieferer Bildungsstand führte zu einer

von CVI-Patient_innen -> es ist schwierig die Ergebnisse mit anderen zu vergleichen
-Obwohl es durch die Intervention in verschiedenen Bereichen eine Verbesserung gab, wurden die Outcomes nicht aufrechterhalten.
-Ergebnisse müssen mit Vorsicht betrachtet werden, da sie nicht nachhaltig sind und nur auf PA zutreffen, welche alle Fragebögen abgeschlossen haben.
Beantwortung Forschungsfrage: Fragestellung kann nur teilweise beantwortet werden. Die erste Hypothese wurde durch die GCM Analyse nicht unterstützt. Jedoch beschreiben die Forschenden mehrere ‚Trends' der Daten, welche einen Einfluss des Interventionsprogramms zeigen. Die zweite Hypothese bezüglich wichtiger Mediatoren wurde teilweise bestätigt. Die Einschätzung von Bedrohungen und rationales Problemlösen vermittelten die Ergebnisse. Somit bewirkt eine höhere Bedrohung eine stärkere Depression, Angst, schlechtere Lebensveränderungen und schlechtere Bereitschaft von PA.

bekannt über den gesundheitlichen Verlauf von PA. Trotzdem ist erforscht, dass problemlösende und unterstützende Behandlungen in positiveren Outcomes resultieren. Forschungsergebnisse zeigen den Bedarf an frühen Interventionen, welche Stressmanagement trainieren und so chronischen Stress vorbeugen.	→ CPSI Intervention wurde von zwei Pflegefachpersonen und zwei Psychologie-Doktoranden durchgeführt <u>IG2 WLC Intervention:</u> -kontinuierliche Möglichkeit während Studie unabhängig weitere Unterstützungsangebote anzunehmen -wurden nach baseline Assessment von einem Berater kontaktiert. -erneute Kontaktierung nach 2 und 5 Monaten, Fragen nach Wohlergehen -nach 6 Monaten: Möglichkeit einer optionalen Behandlung: 5x 30-minütige telefonische Sitzungen mit unterstützendem Zuhören, ohne problemlösende oder informative Ratschläge -WLC Interventionen von 3 Student_innen der klinischen Psychologie durchgeführt <u>Intervention für CPSI und WLC:</u> -übliche Betreuung für alle: Austrittsplanung, Nachbehandlung -Stressmanagement Broschüre -Möglichkeit das American Heart/Stroke Association Connection Magazin zu abonnieren. -Für alle Teilnehmenden mit CES-D score ≥30: Beratungsüberweisungen **Datenanalyse:** SAS V, 9.2, 2 Datensets: Intent-to treat und Completers -Mittelwert (SD) + Häufigkeit (%): Beschreibung der Merkmale und Massnahmen - T-Tests oder Chi-Quadrat-Test: Vergleich von Dropouts und Absolventen - Growth curve modeling (GCM): 2 Levels, Veränderungsraten der Ergebnisse im Laufe der Zeit zu untersuchen - ANOVA: Gruppenunterschiede bei Veränderungen der Ergebnisse und des Gesundheitszustands von PA, nur Completers $p<0.05$ **Ethik:** -Alle Berater/Betreuer_innen wurden in kulturellen Belangen geschult -WLC Berater_innen wurden separat geschult -Studie wurde von institutseigenen Prüfstellen genehmigt (von zwei Rehabilitationseinrichtungen und Rehabilitations-Stationen in zwei Spitälern) -Einverständniserklärung von PA wurde eingeholt, auch die von CVI-Patient_innen. Jedoch war die Einverständniserklärung von CVI-Patient_innen nicht notwendig für die Teilnahme.	schlechteren Funktionsfähigkeit der Familie und grösserer Angst. -Schlechtere Gesundheit führte zu einer höheren Depression, Angst und schlechtere Funktionsfähigkeit in der Familie -Ein besseres Nutzen von Ressourcen führte zu einer besser Funktionsweise in der Familie und besseren Lebensveränderungen -Eine grössere Anzahl von Stressoren führte zu einer schlechteren Bereitschaft der PA und schlechteren Lebensveränderungen Beantwortung exploratorische Fragestellung: -Keinen Unterschied der wahrgenommenen Gesundheit zwischen den Gruppen im Laufe der gesamten Zeit ($p=0.047$) und post hoc T2 ($p=0.028$) **Darstellungen:** Ergebnisse werden in Textform, Tabellen und Grafiken dargestellt. Sie werden nur teilweise verständlich präsentiert.	Exploratorische Fragestellung konnte beantwortet werden. **Vergleich mit anderen Studien:** Ergebnisse werden mit weiterer Literatur begründet und diskutiert. **Schlussfolgerung für die Praxis:** Die Studie zeigt, dass die Bewältigung und Anpassung von PA innerhalb eines Jahres immer wieder variieren kann. Deswegen ist es wichtig, dass PA früh über mögliche negative Gefühle informiert werden müssen und dass sie im ersten Jahr des Rehabilitationsprozesses nach einem CVI achtsam sein müssen. Die Ergebnisse deuten auch auf die Merkmale von gefährdeten PA hin, welche eine möglicherweise frühzeitige Überweisung für eine Intervention im Bereich der psychischen Gesundheit brauchen. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass der Umgang mit der von den Betreuern wahrgenommenen Bedrohung, der Fokus auf Selbstfürsorge und gesunde Verhaltensweisen die Wirkung zukünftiger Interventionen erhöhen könnten

Würdigungsraster

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
Antwort auf BA Fragestellung: Fragestellung wird teilweise beantwortet. Fokus ist jedoch nicht nur auf der Transition, sondern auch auf 1 Jahr follow-up. Population stimmt, pflegerische Intervention ist vorhanden. **Forschungsfrage:** Hypothesen sind klar definiert. Der Zusammenhang zwischen Hypothesen und ergänzender Fragestellung ist nicht ganz ersichtlich. **Thema logisch dargestellt:** Das Thema und Problem werden verständlich dargestellt und durch zahlreiche Literatur gestützt und begründet.	**Design**: Passt zur Forschungsfrage **Stichprobe:** Aufgrund willkürlicher Stichprobe Generalisierbarkeit auf Population eingeschränkt. Sample Size Berechnung gemacht, Dropouts (=134) wurden mit Begründung angegeben. Meisten Dropouts nach 2 Follow-up(T3/T4) **Datenerhebung:** Stratifizierung der Beziehungen in der Randomisierung wurde vorgenommen, weil in einer früheren Studie ein grösserer Anteil der Nicht-Ehegatten ausschied. **Datenanalyse:** Analysen sinnvoll angewendet, entsprechen Skalenniveau. Die Verteilungen der Variablen wurden auf ihre Eignung für die multivariate Analyse untersucht, Effektgrössen wurde vorgängig berechnet und das Vorhandensein von Ausreissern geprüft. Keine p-Wert Anpassung. Intent-to treat + Completers Analysen. **Ethik:** Einverständniserklärung von CVI-Patient_innen war für Forschende nicht notwendig, trotzdem wurden demografische Daten von ihnen erhoben und verwendet. Um den Ausstieg von Teilnehmenden zu vermeiden, wurden von Forschenden Ferien-, Geburtstags- oder Dankeskarten verschickt. Nach jeder abgeschlossenen Beurteilung erhielten Teilnehmende 20 Dollar. Hier stellt sich die Frage der ethischen Korrektheit.	**Präzision der Ergebnisse:** Die im Text erwähnten Ergebnisse lassen sich nur teilweise in der Tabelle ablesen. Ausserdem fehlen einige p-Wert Angaben. **Graphiken und Tabellen:** Sie sind eine Ergänzung zum Text. Jedoch teilweise schwierig zu interpretieren und es fehlen einige im Text erwähnte Ergebnisse in den Tabellen.	**Diskussion aller Resultate:** Die Hauptergebnisse werden diskutiert. **Vergleich mit anderer Literatur/Studien:** Die Ergebnisse der Studie werden mit weiterer Literatur diskutiert. **Alternative Erklärung:** Es wird nach alternativen Erklärungen der Ergebnisse gesucht. **Stärken/Schwächen:** Stärken und Schwächen der Studie werden aufgezeigt und diskutiert. **Umsetzbarkeit in die Praxis:** Intervention zeigt kurzfristige Verbesserungen der Outcomes. Deswegen würde sie gut zu unserer Fragestellung, mit Fokus auf die Transition passen. Trotzdem braucht es Anpassungen, damit Outcomes langfristig garantiert werden können. **Wiederholung in anderem Setting möglich:** Die Studie wäre in einem ähnlichen Setting möglich. Jedoch bräuchte es vermutlich eine motivierende Komponente, damit Dropouts vermindert werden können. Die Intervention müsste gestärkt und angepasst werden, damit Zurückhaltung verbessert und Ergebnisse langfristig erzielt werden können.

CVI = Cerebrovaskulärer Insult, PA = pflegende Angehörige, IG1 = Interventionsgruppe 1, IG2 = Interventionsgruppe 2

Güte

- Objektivität: Datenanalyse entspricht den Skalenniveaus (+), Outcome-Variablen in Bezug auf verwendete Messinstrumente beschrieben (+), Forscher in Bezug auf Datenerhebung verblindet (+), Ethik: Einverständniserklärung von CVI-Patient_innen nicht notwendig trotz demografischer Datenerhebung (-), Um den Ausstieg von Teilnehmenden zu vermeiden, wurden Karten verschickt. Nach jeder abgeschlossenen Beurteilung erhielten Teilnehmende 20 Dollar (-)
- Reliabilität: Zeitpunkte, der Outcome-Variablen sind beschrieben (+), Inhalt der Interventionen detailliert beschrieben, jedoch Ablauf teilweise unklar (-), Reliabilität der Messinstrumente wurde beschrieben (+)

- Validität: Forschungsdesign passt zur Forschungsfrage(+), Stichprobenberechnung wurde durchgeführt (+), Aufgrund willkürlicher Stichprobe Generalisierbarkeit eingeschränkt (-), Validität der Messinstrumente wurde beschrieben (+), Limitationen wurden angegeben (+)

Evidenzlage: Die Studie befindet sich auf dem untersten Level der 6S-Pyramide nach DiCenso et al. (2009), da es sich um eine Originalstudie handelt.