

**Bachelorarbeit**

**Bedürfnisse von Familien mit minderjährigen  
Kindern, bei welchen ein Elternteil an Krebs er-  
krankt ist**

**Eine Literaturrecherche**

---

**Doris Monn Frei**

<b>Departement:</b>	<b>Gesundheit</b>
<b>Institut:</b>	<b>Institut für Pflege</b>
<b>Studienjahr:</b>	<b>PF09dipIHS</b>
<b>Eingereicht am:</b>	<b>3. Mai 2012</b>
<b>Betreuende Lehrperson:</b>	<b>Barbara Preusse-Bleuler</b>

## Abstract

**Ausgangslage:** Familien spielen in der Betreuung ihrer krebserkrankten Familienmitglieder eine bedeutende Rolle (Hospitalisationsdauer sinkt, Einführung der DRG's<sup>1</sup>). Obwohl die Bedeutung der Familienmitglieder anerkannt ist, bleibt unklar, welche Bedürfnisse sie haben. Deshalb sind Gesundheitsinstitutionen herausgefordert, die Bedürfnisse von Familien mit minderjährigen Kindern zu erfassen und sie zu unterstützen.

**Zielsetzung:** In dieser Arbeit besteht das Ziel darin herauszufinden, welche spezifischen Bedürfnisse die Familien mit minderjährigen Kindern haben. Das „Calgary family model“ dient als theoretische Grundlage in dieser Arbeit und ist ein Modell, mit welchem Bedürfnisse erfasst werden können.

**Methode:** Es fand eine Literaturrecherche in vier Datenbanken statt. Eine kritische Literaturanalyse und eine Auseinandersetzung mit der Grundlagenliteratur führten zur Beantwortung der Frage.

**Resultate:** Anhand von fünf Studien konnten insgesamt sieben Bedürfniskategorien identifiziert werden. Bedürfnis nach: 1. Information und Kommunikation 2. emotionaler Sicherheit 3. ehrlichen Emotionen 4. Alltag und Erfüllung der verschiedenen Rollen 5. Normalität und Wohlbefinden der Kinder 6. Ausgleich der verschiedenen Bedürfnisse 7. Unterstützung.

**Schlussfolgerung:** Es kann zwischen Familien- und Einzelbedürfnissen unterschieden werden. Dem Umstand, dass Familien mit minderjährigen Kindern, unterschiedliche Bedürfnisse haben, kann durch eine systematische Bedürfniserfassung Rechnung getragen werden. (200 Wörter)

**Keywords:** family, relatives, caregiver, significant other, child, childcare, parents, neoplasms, oncology, cancer, needs, need inventory, family needs, (inpatients, hospital, acute hospital), nursing, care, family centered nursing

---

<sup>1</sup> Unter den Verzeichnissen befindet sich ein Glossar. Begrifflichkeiten, die dort erklärt sind, werden in der Bachelorarbeit mit einem \* gekennzeichnet

## Inhaltsverzeichnis

<b>Abstract</b> .....	<b>1</b>
<b>Inhaltsverzeichnis</b> .....	<b>2</b>
<b>1 Bedürfnisse von Familien mit minderjährigen Kindern, bei welchen ein Elternteil an Krebs erkrankt ist</b> .....	<b>4</b>
1.1 Problemstellung und Relevanz.....	7
1.2 Fragestellung .....	8
1.3 Zielsetzung.....	8
<b>2 Methodisches Vorgehen</b> .....	<b>9</b>
2.1 Literatursuche .....	9
2.2 Ein-/Ausschlusskriterien und Relevanz der verwendeten Literatur .....	10
2.3 Kriterien zur Beurteilung der Studien.....	10
<b>3 Theoretischer Hintergrund</b> .....	<b>12</b>
3.1 Krebs.....	12
3.2 Bedürfnis .....	14
3.3 Familienzentrierte Pflege.....	15
3.3.1 <i>Geschichtlicher Hintergrund</i> .....	16
3.4 Calgary family model.....	16
<b>4 Ergebnisse</b> .....	<b>21</b>
4.1 Darstellung der Studien.....	21
4.2 Kritische Auseinandersetzung der Ergebnisse und der Evidenzlage/Güte der Studien.....	24
4.3 Ergebniszusammenfassung.....	27
4.3.1 <i>Bedürfnis nach Information und Kommunikation</i> .....	27
4.3.2 <i>Bedürfnis nach emotionaler Sicherheit</i> .....	29
4.3.3 <i>Bedürfnis nach ehrlichen Emotionen</i> .....	29
4.3.4 <i>Bedürfnis nach Alltag und Erfüllung der verschiedenen Rollen</i> .....	30
4.3.5 <i>Bedürfnis nach Normalität und Wohlbefinden der Kinder</i> .....	31
4.3.6 <i>Bedürfnis nach Ausgleich der verschiedenen Bedürfnisse</i> .....	31
4.3.7 <i>Bedürfnis nach Unterstützung</i> .....	32
<b>5 Diskussion</b> .....	<b>33</b>

5.1	Kritische Diskussion und Interpretation der Ergebnisse .....	33
5.2	Synthese .....	38
5.3	Erfassung der Bedürfnisse mit CFAM auf einer medizinisch-onkologischen Abteilung .....	40
<b>6</b>	<b>Schlussfolgerung .....</b>	<b>42</b>
6.1	Rückbezug der Fragestellung auf das Ziel und offene Fragen.....	42
6.2	Empfehlung an die Praxis .....	43
6.4	Ausblick.....	44
	<b>Verzeichnisse .....</b>	<b>45</b>
	Literaturverzeichnis .....	45
	Abbildungsverzeichnis .....	51
	Tabellenverzeichnis .....	51
	Glossar.....	52
	<b>Eigenständigkeitserklärung .....</b>	<b>57</b>
	<b>Danksagung.....</b>	<b>58</b>
	<b>Anhang .....</b>	<b>59</b>
A.	Datenbankrecherche .....	59
	Ein-/Ausschlusskriterien der Studien.....	62
B.	Beurteilung der fünf Studien .....	64
C.	Evidenzlevel für qualitative Studien (Kearney, 2001) .....	89
D.	Gütekriterien (Guba und Lincoln, 1981).....	89
E.	Evidenzlevel für Review-Studie (Gerontological Nursing, 1999).....	89
F.	Beschreibung der Symbole für das Geno- und Ökogramm .....	90
G.	Mögliche Interventionen in Anlehnung an das CFIM.....	93
H.	Informationsblatt für das Pflegefachpersonal .....	94

## **1 Bedürfnisse von Familien mit minderjährigen Kindern, bei welchen ein Elternteil an Krebs erkrankt ist**

Diagnose Krebs: “[...] von einem Tag auf den anderen ist nichts mehr so wie früher“ (Aussage von Patienten<sup>2</sup> und deren Familien).

Die Diagnose Krebs kann jeden Menschen gleichermassen betreffen. Nach statistischen Angaben werden jedes Jahr in der Schweiz etwa 35000 Patienten sowie deren Familien mit der Diagnose Krebs konfrontiert (Bundesamt für Statistik [BFS], 2011). 13% der Krebserkrankungen treten vor dem 50. Altersjahr auf, bis zum 70. Altersjahr sind es 54%. Die häufigste Krebsform bei Frauen ist Brustkrebs und bei Männern Lungenkrebs. Jedes Jahr sterben rund 16000 Personen an Krebs, 9000 Männer und 7000 Frauen (BFS, 2011). Die Krebserkrankungen rangieren in der Todesursachenstatistik an zweiter Stelle hinter den Herz-Kreislauf-Erkrankungen (World Health Organisation [WHO], 2010).

Eine Krebserkrankung löst nicht nur bei den Patienten, sondern auch bei deren Familie Betroffenheit, Hilflosigkeit und Angst aus. Die Familie leidet und steckt häufig in einem Gefühlschaos. Die Krebsliga Schweiz (2011) schreibt auf der Homepage: „Eine Krebserkrankung betrifft nicht nur den Patienten, sondern auch das ganze soziale Umfeld und die Familie“. „Cancer is a family experience“ (Speice et al., 2000, p. 101).

Wenn die Erkrankung zudem einen Elternteil von minderjährigen Kindern betrifft, kommen für die Familienangehörigen zusätzliche Sorgen hinzu, wer zuhause die Verantwortung für das Wohlbefinden, die Sicherheit und die Betreuung der minderjährigen Kinder gewährleistet (Helseth & Ulfsaet, 2005). Lewis (2006) beschreibt dies treffend, indem sie sich fragt, wer zuhause für eine gewisse Normalität sorgt. Dies zu einem Zeitpunkt, in dem die Familienangehörigen mit sich selber bereits genug gefordert sind. Das National Cancer Institute aus England (2008) schreibt, dass 24% aller registrierten erwachsenen Krebspatienten in England Eltern von Kindern unter 18 Jahren sind. Northouse (2005) weist dazu auf eine Doppelbelastung der Familienangehörigen hin. Einerseits leiden Familienangehörige darunter, dass eine

---

<sup>2</sup> Zugunsten besserer Lesbarkeit wird in der Bachelorarbeit nur eine Geschlechterform verwendet.  
Doris Monn Frei

ihnen nahe stehende Person erkrankt ist, andererseits sind sie gezwungen, zusätzliche Betreuungs- und Pflegeaufgaben zu übernehmen.

Die Krebserkrankung eines Elternteils bringt Unsicherheit ins Leben minderjähriger Kinder (Helseth & Ulfsaet, 2005). Minderjährige Kinder sind laut Duden (2010) „Personen, die die Volljährigkeit (Mündigkeit, in Deutschland, [Österreich, Schweiz] Vollendung des 18. Lebensjahres) noch nicht erreicht haben. Minderjährige unterstehen der elterlichen Sorge [...]“. Minderjährige stehen unter einem besonderen gesetzlichen Schutz und haben eingeschränkte Rechte und Pflichten. Kinder reagieren unterschiedlich auf die Krebserkrankung eines Elternteils. Die einen ziehen sich emotional zurück, die anderen fallen aufgrund schlechten Benehmens auf (Osborn, 2007). Je nach Alter der Kinder ist das Verständnis für die Krebserkrankung des Elternteils unterschiedlich (Rauch & Muriel, 2004). Familien mit minderjährigen Kindern sind mit der Krebserkrankung eines Elternteils besonders vulnerabel und zusätzlich gefordert (Coyne, Wollin & Creedy, 2011). Metzging und Schnepf (2007) weisen darauf hin, dass nicht selten Kinder im Alter unter 18 Jahren, pflegerische Tätigkeiten bei den Eltern übernehmen, damit ihre Familien nicht auseinander gerissen werden. Der Aspekt der pflegenden Kinder mit einem an Krebs erkrankten Elternteil kann im Rahmen dieser Bachelorarbeit nicht betrachtet werden, da dies den Rahmen der Arbeit sprengen würde.

Unter den Begriffen „Familienangehörige“, „An- und Zugehörige“, „Familienmitglieder“, „Familien“ sind Personen gemeint, die dem an Krebs erkrankten Elternteil nahe stehen. Das schliesst neben Familienmitgliedern auch enge Freunde und Bekannte ein, die zusammen mit dem erkrankten Elternteil für die Verantwortung und Sicherheit der minderjährigen Kinder zuständig sind. Wright und Leahey (2009) definieren Familie folgendermassen:

„Die Familie ist eine Einheit. Die Mitglieder können verwandt sein oder nicht, können zusammenleben oder nicht. Die Familie hat Kinder oder nicht. Es bestehen Bindungen und Zugehörigkeitsgefühle unter den Mitgliedern, einschliesslich zukünftiger Verpflichtungen. Die fürsorglichen Funktionen innerhalb der Familie beinhalten Schutz, Ernährung und Sozialisation der einzelnen Mitglieder.“ (Wright & Leahey, 2009, p. 72)

Fortan wird in dieser Bachelorarbeit für die zu Beginn dieses Textabschnittes in Anführungs- und Schlusszeichen erwähnten Begriffe nur noch Familie verwendet.

Familien haben eine Vielzahl an Bedürfnissen (Deutsches Krebsforschungszentrum [dkfz], 2011; Krebsliga Schweiz, 2011). Bei den Bedürfnissen, die bei Familien in Zusammenhang mit einer Krebserkrankung in der Literatur beschrieben sind, handelt es sich beispielsweise um Informationsbedürfnisse (Beaver & Witham, 2007), spirituelle Bedürfnisse (Taylor, 2006), psychosoziale/emotionale Bedürfnisse (Schmid-Buchi, van den Borne, Dassen & Halfens, 2010) und Bedürfnisse, die die praktische Hilfe zuhause betreffen (Stenberg, Ruland & Miaskowski, 2010). Ebenso finden sich in der Literatur Bedürfnisse, welche die Gestaltung des Gesundheitssystems betreffen (Fasciano et al., 2007) oder die Interaktion mit Pflegefachleuten betreffen (Lindholm, Makela, Rantanen-Siljamaki & Nieminen, 2007). Zudem existieren Unterscheidungen der Bedürfnisse je nach Krebsart<sup>3</sup>, Krankheitsphase<sup>4</sup> oder demographischen Daten<sup>5</sup>.

Der Schwerpunkt dieser Bachelorarbeit besteht darin, herauszufinden, welche Bedürfnisse Familien mit minderjährigen Kindern beschäftigen, wenn ein Elternteil an Krebs erkrankt ist. Es geht darum, einen Überblick über die Bedürfnisse in dieser spezifischen Population\* zu erhalten.

Familienerfassungsinstrumente bilden einen möglichen Lösungsweg für das Akutspital, um den Familienbedürfnissen Rechnung zu tragen (Preusse-Bleuler, 2008). Verschiedene Instrumente sind zur Erfassung von Bedürfnissen von Familien entwickelt worden (Hanson & Heims, 1992). Eines davon ist das „Calgary family assessment model“, CFAM, von Wright und Leahey (2005). Dieses Modell ist laut Eicher und Marquard (2005) im deutschsprachigen Raum richtungsweisend und in verschiedenen Gesundheitsinstitutionen in der Schweiz eingeführt worden (Preusse-

---

<sup>3</sup> Spezifische Bedürfnisse bei Brustkrebs (Lindholm, Rehnsfeldt, Arman & Hamrin, 2002), Prostatakrebs (Mason, 2008), Krebs im Mund- und Kehlkopfbereich (Chen et al., 2009), Gehirntumor (Janda et al., 2008)

<sup>4</sup> Die Phasen der Krebserkrankung lassen sich aufteilen in kürzlich diagnostizierte (Houldin, 2007) oder fortgeschrittene/terminale/palliative (Gagnon, Mayo, Hanley & MacDonald, 2004).

<sup>5</sup> Demographische Daten beziehen sich auf Untersuchungen, die sich auf Alter/Bildung/Wohn-/Behandlungsort der erkrankten Person fokussieren (Daly, Douglas, Lipson & Foley, 2009).

Bleuler, 2008). Der Einsatz eines Assessmentinstruments\* ist sinnvoll, wenn konkrete Hinweise zum weiteren Vorgehen definiert sind (Bartholomeyczik, 2009). Dem CFAM von Wright und Leahey (2005) ist direkt ein Interventionsmodell angefügt, nämlich das „Calgary family intervention model“, CFIM. Das „Calgary family model“ bietet als ersten Schritt, durch das CFAM, die Erfassung der Bedürfnisse und als zweiten Schritt, durch das CFIM, konkrete Handlungshinweise mit möglichen Interventionen. Im Rahmen dieser Bachelorarbeit liegt der Schwerpunkt auf dem CFAM. Es ist jedoch wichtig festzuhalten, dass eine strikte Abgrenzung des CFAM und CFIM nicht möglich ist. Denn das Assessment selber stellt bereits eine bedeutende Intervention dar. Der Übergang der Bedürfniserfassung bis hin zu den Interventionen ist fließend, darum wird das „Calgary family model“ als Ganzes vorgestellt.

Das „Calgary family model“ dient als theoretisches Modell in dieser Bachelorarbeit und stellt eine mögliche pflegerische Handlungsanleitung für das Pflegefachpersonal in einer medizinisch-onkologischen Abteilung in einem Akutspital dar.

### **1.1 Problemstellung und Relevanz**

In den letzten Jahren hat die Hospitalisationsdauer in den Gesundheitsinstitutionen stetig abgenommen (Interpharma, 2011).

Die Familien spielen in der Betreuung ihrer krebserkrankten Familienmitglieder eine wichtige Rolle (Beaver & Witham, 2007). Obwohl die essentielle Bedeutung der Familien, die krebserkrankte Familienangehörige betreuen, anerkannt wird, ist unklar, welche spezifischen Bedürfnisse die Familien haben (Beaver & Witham, 2007). Verschiedene Studien (Houldin, 2007; Schmid-Buchi et al., 2010) weisen darauf hin, dass das Pflegefachpersonal abklären muss, welche Bedürfnisse die Familien haben, um sie auf diesem Wege zu unterstützen.

Die Autorin stellt fest, dass im Akutspital die grösste Aufmerksamkeit dem Patienten gilt. Laut Lindholm (2007) ist die Familie meistens in der Beobachterposition, wird häufig nur in ihrer Unterstützungsfunktion gesehen oder gar ignoriert. Des Weiteren macht die Autorin die Erfahrung, dass die Familienbetreuung in einer medizinisch-onkologischen Abteilung eines Akutspitals kaum wahrgenommen wird, auf-grund von Zeitmangel und fehlender Handlungsanleitung. Wenn eine Krebserkrankung zudem einen Elternteil von minderjährigen Kindern betrifft, ist das Pflegefach-



1 Bedürfnisse von Familien mit minderjährigen Kindern, bei welchen ein Elternteil an Krebs erkrankt ist

---

personal verstärkt mit den eigenen Gefühlen, der eigenen Hilflosigkeit und Betroffenheit konfrontiert.

Die WHO griff im Rahmen der Strategie Gesundheit 21 das Thema „Family Health Nurse“ auf (Gehring, Kean, Hackmann & Büscher, 2001). Unter Ziel 18 wird festgehalten, dass den ganzen Familien geholfen werden soll, mit verschiedenen Krankheiten und Stresssituationen fertig zu werden. Das Pflegefachpersonal soll die Familien in gesundheitlichen Anliegen unterstützen (WHO, 1998). Es besteht Handlungsbedarf. Das Pflegefachpersonal braucht eine spezifische, wirksame Handlungsanleitung, um die Bedürfnisse von Familien mit minderjährigen Kindern zu erfassen.

## **1.2 Fragestellung**

Es ergibt sich folgende Fragestellung: Welche Bedürfnisse haben Familien mit minderjährigen Kindern, in welchen ein Elternteil an Krebs erkrankt ist? Eine Literaturrecherche.

## **1.3 Zielsetzung**

Im theoretischen Hintergrundteil dieser Bachelorarbeit, Kapitel 3, wird ein Überblick über das Krankheitsbild Krebs und die Definition von Bedürfnis gegeben. Zudem werden theoretische Grundlagen zur familienzentrierten Pflege dargestellt. Die Beschreibung des „Calgary family model“ bildet den Hauptbestandteil des 3. Kapitels.

Der Schwerpunkt dieser Arbeit ist es, mittels einer systematischen Literaturrecherche die Bedürfnisse von Familien mit minderjährigen Kindern darzustellen, bei welchen ein Elternteil an Krebs erkrankt ist.

Anschliessend wird dargestellt, wie das CFAM als Assessmentinstrument die in den Studien beschriebenen Bedürfnisse erfassen kann.

Die erarbeitete Darstellung könnte als Grundlage für die weitere Entwicklung eines Assessments für Familien im Akutspital dienen, um die spezifischen Bedürfnisse von Familien mit minderjährigen Kindern zu erfassen.

## 2 Methodisches Vorgehen

### 2.1 Literatursuche

Die Literaturrecherche erfolgte in der Zeit von September bis Dezember 2011 in den Datenbanken CINAHL\*, Medline\*, Cochrane Library\* und PsycInfo\*. Die Suchbegriffe ergaben sich aus der Fragestellung. Diese wurden ins Englische übersetzt und mit weiteren englischen Synonymen ergänzt. Die Literatursuche wurde unter der Verwendung der Stichwörter/MeSH\* und den Synonymen systematisch durchgeführt. Dazu wurden die Suchbegriffe mit den Booleschen Operatoren\* „AND“, „OR“ und Trunkierungszeichen\* verknüpft. In Tabelle 1 sind die Suchbegriffe mit ihrer Beziehung zur Fragestellung dargestellt.

Tabelle 1: Operationalisierung der Fragestellung

<b>Operationalisierung:</b>	<b>Deutscher Begriff</b>	<b>Englisches Stichwort/ MeSH</b>	<b>Englische Synonyme</b>
<b>Richtung →: OR</b>			
<b>Richtung ↓: AND</b>			
<b>Population</b>	Familie	family	relatives caregiver* significant other*
	minderjährige Kinder	child	childcare
	Elternteil	parents	parent*
	Krebs	neoplasms	oncology cancer
<b>Phänomen</b>	Bedürfnisse		needs need inventory family needs
<b>Setting</b>	Akutspital	inpatients	hospital acute hospital nursing care family centered nursing

Das \*, das in der Tabelle 1 verwendet wird, steht für das Trunkierungszeichen und nicht wie sonst in dieser Bachelorarbeit zur Erklärung von Begriffen im Glossar.

## **2.2 Ein-/Ausschlusskriterien und Relevanz der verwendeten Literatur**

Es wurden deutsch- und englischsprachige Studien im Zeitraum von 2001-2011 eingeschlossen. Weitere Eingrenzungen, beispielsweise zu Geschlecht, Alter, spezifischen Bedürfnissen sowie Art der Forschung, wurden nicht vorgenommen, da zu befürchten war, dass die Studienrecherche zu stark eingeschränkt worden wäre.

Um die Bedürfnisse der spezifischen Population herauskristallisieren zu können, wurden die Stichwörter beziehungsweise die Synonyme der Population und des Phänomens am Anfang der Datenbankrecherche verknüpft. Eine Erweiterung der Suche auf das Akutspital schmälerte die Trefferzahl bis auf null. Daher wurde das Setting mit den Stichwörtern „acute hospital“, „hospital“ und „inpatients“ weggelassen. Stattdessen ergab die Suche mit den Stichwörtern „care“, „nursing“, „family centered nursing“ wieder eine Vielzahl an Treffern. Die genaue Prüfung der Treffer fand anhand der Abstracts\* statt. Die Studien wurden in Themenbereiche gruppiert, so dass im Verlauf des Studiauswahlverfahrens Studien ausgeschlossen werden konnten. Bei der Mehrzahl der ausgeschlossenen Studien stellte sich die Studienpopulation als nicht ausreichend repräsentativ heraus, weil sie sich nicht auf Familien bezogen. Dadurch hätte die spezifische Fragestellung der Arbeit nicht herauskristallisiert werden können. Weitere Gründe, warum Studien ausgeschlossen wurden, sind:

- Studien im Zusammenhang mit Kindern und Krebs
- Studien, bei denen der Fokus auf Interventionen lag
- Artikel mit dem Evidenz\*-Level D gemäss Gerontological Nursing (1999) in LoBiondo-Wood und Haber (2005)

Zusätzlich zur systematischen Literaturrecherche fand eine Schneeballsuche\* anhand der Referenzlisten von relevanten Studien statt. Eine Übersicht zur Datenbankrecherche und der Ein-/Ausschlusskriterien der Studien ist im Anhang A abgebildet.

## **2.3 Kriterien zur Beurteilung der Studien**

Es wurden schliesslich vier qualitative Studien\* und eine systematische Review\* zur Beantwortung der Fragestellung in die Beurteilung eingeschlossen. Die Studien wurden in einem ersten Schritt, geleitet von Fragen aus Artikel kritisch lesen (Schaffer, 2004), zusammengefasst. In einem weiteren Schritt wurden die Studien

anhand einer Matrix (Preusse-Bleuler, 2010) und definierter Beurteilungskriterien analysiert (siehe Anhang B).

Die qualitativen Studien wurden anhand der Beurteilungskriterien von Letts et al. (2007), sowie den Evidenz-Levels nach Kearney (2001) beurteilt (siehe Anhang C). Zudem wurden die Gütekriterien „Glaubwürdigkeit“, „Nachvollziehbarkeit“, „Übertragbarkeit“ und „Bestätigungskraft“ von Guba und Lincoln (1981) berücksichtigt und beurteilt (zit. in LoBiondo-Wood & Haber, 2005, pp. 249-250) (siehe Anhang D).

Die systematische Review wurde anhand Oxman, Cook und Guyatt (1994), sowie den Evidenz-Levels gemäss Gerontological Nursing (1999) (zit. in LoBiondo-Wood & Haber, 2005, p. 674) analysiert und beurteilt (siehe Anhang E).

Dank Untersuchungen von verschiedenen Pflegewissenschaftlern sind bedeutende Erkenntnisse im Gebiet Familie im Kontext mit Krebs gewonnen worden. Leider konnten beispielsweise Studien von Lewis, F. nicht mitberücksichtigt werden, da ihre Untersuchungen auf Interventionen ausgerichtet sind. Diese Studien werden im Diskussteil integriert und stellen eine wertvolle Bereicherung dieser Bachelorarbeit dar.

Die verwendete Grundlagenliteratur von Wright und Leahey (2005, 2009), Preusse-Bleuler (2008) und die Studien, die zur Darstellung der Bachelorarbeitthematik oder zu Argumentationszwecken genutzt wurden, wurden keiner strukturierten Analyse unterzogen. Als pflegewissenschaftliche Grundlagenliteratur dienten die Werke von LoBiondo (2005) und Behrens und Langer (2006).

### 3 Theoretischer Hintergrund

#### 3.1 Krebs

Krebserkrankungen werden als gutartige oder bösartige Erkrankungen oder Tumore bezeichnet (Fey zit. in Margulies, Fellingner, Kroner & Gaisser, 2006). Tumor bedeutet auf lateinisch Geschwulst (Brockhaus, 2005-2006).

Krebserkrankungen sind verschiedene Erkrankungen, bei denen sich entartete Zellen unkontrolliert vermehren (Fey zit. in Margulies et al., 2006). Bei gesunden Zellen laufen „Zellteilung oder Zellvermehrung, Zellspezialisierung oder Ausreifung, Zelltod“ (p. 4) in einem Regelmechanismus ab. Krebszellen haben diesen Mechanismus verloren. Sie teilen sich immer weiter und bilden zelluläre Neubildungen.

Gutartige Tumore sind zum Beispiel Muttermale, Fettgeschwulste, Gefäßgeschwulste und Muskelzellgeschwulste. Im Unterschied zu bösartigen Tumoren streuen gutartige Tumore keine Zellen in das angrenzende, gesunde Gewebe und auch nicht über die Blutbahnen oder das Lymphgefäßsystem. Gutartige Neubildungen rufen Komplikationen hervor, wenn sie auf lebenswichtige Organe wie Gehirn oder Rückenmark drücken (Fey zit. in Margulies et al., 2006).

Die Kennzeichen bösartiger Tumore sind rasches Wachstum, Einbruch in die Umgebung und Zerstörung der benachbarten Gewebe, Bildung von Tochtergeschwülsten (Fey zit. in Margulies et al., 2006). Tabelle 2 gibt einen Überblick über verschiedene Merkmale und häufig verwendete Begrifflichkeiten in Zusammenhang mit Krebs.

Tabelle 2: Merkmale/Begriffe der Krebserkrankung aus Margulies et al (2006) und Pfeifer, Preiss & Unger (2006).

Merkmale / Begriffe	Erklärung
<b>Risikofaktoren:</b> Krebs kann viele Auslöser haben. Die Ursachen, die letztendlich zu einer Krebserkrankung führen, sind nicht vollständig geklärt (Buser, zit. in Margulies et al., 2006, pp. 38-43).	Es gibt mehrere Risikofaktoren, die die Entstehung von bösartigen Tumoren begünstigen. So zum Beispiel: Genetische Veranlagung, Rauchen, falsche Ernährung, Alkoholkonsum, Übergewicht und Mangel an körperlicher Bewegung, Strahlen (ionisierende Strahlen, Sonnenlicht), Umweltgifte, Infektionen (Hepatitis B, Papillomavirus), Medikamente (Zytostatika).
<b>Symptome:</b> Im Frühstadium berei-	Symptome können sein: Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Mü-

ten die meisten Tumore oft keine oder nur leichte Symptome. Es gibt eine Reihe von Warnzeichen, die auf einen Krebs hinweisen können (Schuermann, zit. in Pfeifer et al., 2006, pp. 54-58).

digkeit, nachlassende Leistung, Fieber, Nachtschweiss, Juckreiz, Blässe und Blutarmut, Lymphknotenschwellung, Infektanfälligkeit, ungewöhnliche Monatsblutung oder Ausfluss, Schmerzen ungeklärter Herkunft, Blut im Stuhl, anhaltende Schluck-, Magen-, Darm- oder Verdauungsbeschwerden, anhaltender Husten oder anhaltende Heiserkeit, blutiger Auswurf beim Husten, Veränderungen der Haut, Sehstörungen, Konzentrationsstörungen. Die Beschwerden können auch im Rahmen einer anderen Erkrankung auftreten, bei der keine Krebskrankheit zugrunde liegt. Im Zweifelsfall sollte ein Arzt aufgesucht werden.

**Diagnose:** Um festzustellen, um welchen Tumor es sich handelt, stehen verschiedene Massnahmen zur Verfügung (Gaisser, zit. in Margulies et al., 2006, pp. 66-82)

Anamnese und klinische Untersuchung. Laboruntersuchungen. Bildgebende Verfahren (Röntgen, Computertomographie, Magnetresonanztomographie, Sonographie, Nuklearmedizinische Diagnostik). Endoskopische Techniken. Zytologische Untersuchungen (Biopsie).

**Tumorklassifikation:** Die Einteilung eines Tumors nach Gewebetyp ist unter anderem Voraussetzung für die Behandlung (Buser, zit. in Margulies et al., 2006, pp. 24-25)

**Karzinom** (75% aller Tumore): Krebserkrankung, die aus epithelialen Geweben hervorgeht, zum Beispiel Bronchuskarzinom, Mamakarzinom.

**Sarkom** (2% aller Tumore): Bösartige Erkrankung des Bindegewebes und Stützgewebes, zum Beispiel Osteosarkom, Liposarkom.

**Hämatologische Tumore** (10% aller Tumore): Bösartige Erkrankungen des blutbildenden Systems (Knochenmark) und des lymphoplasmazellulären Systems (Milz, Leber, Lymphknoten), zum Beispiel Leukämien, Lymphome und multiples Myelom.

**Tumore des zentralen Nervensystems** (10% aller Tumore): Unterscheidung zwischen Hirntumoren, Rückenmarktumoren und seltenen Nerventumoren, zum Beispiel Gliome.

**Andere Tumore:** Zum Beispiel malignes Melanom, Keimzelltumor.

**Einteilung nach Tumorstadium**

**/TNM-System:** T=Tumor (Primärtumor) N=Node (Lymphknoten) M=Metastasen (Buser, zit. in Margulies et al., 2006, pp. 26-27).

Die TNM-Klassifikation gibt Hinweise auf die Prognose und bestimmt die Behandlungsform.

T = Die anatomische Ausdehnung des Primärtumors.

N = Der Befall von regionären Lymphknoten.

M = Das Vorhandensein von Fernmetastasen.

**Andere Einteilungen von Tumoren** (Buser, zit. in Margulies et al., 2006, pp. 28-29)

Ann-Arbor-Stadieneinteilung bei Lymphomen.

FIGO-Stadieneinteilung bei gynäkologischen Tumoren.

**Therapie:** Sobald bekannt ist, um

Zu den Therapiemöglichkeiten zählen: Operation, Chemothera-

welche Art von Tumor es sich handelt und wie schnell er sich ausgebreitet hat, kann der Arzt die Behandlung festlegen (Kroner, Strebel, Metzger, Rhombert, Zint, Kaiser, zit. in Margulies et al., 2006, pp. 84-186)

pie (Zytostatika: Hemmen die Vermehrung der Krebszellen oder führen zu deren Absterben), Strahlentherapie (Tumorzellen werden gezielt mit Röntgen oder Elektronenstrahlung behandelt), Hormontherapie (Beeinflussung des Tumorwachstums durch Hormongabe), Immunbehandlung (Antikörpertherapie).

**Vorsorge/Früherkennung:** Dem Krebs kann nicht sicher vorgebeugt werden, aufgrund fehlender Kenntnisse, der Faktoren, welche bei der Entstehung einzelner Krebsformen eine Rolle spielen. (Fuchs, zit. in Pfeifer et al., 2006, pp. 99-110)

Es gibt Empfehlungen, die sowohl den Risikofaktoren als auch der Früherkennung Rechnung tragen:

**Primäre Krebsprävention:** Ausschalten von Ursachen der Tumorentstehung (Zum Beispiel: Verzicht auf Tabakkonsum, Vermeidung von Übergewicht, tägliche körperliche Bewegung).

**Sekundäre Krebsprävention:** Früherkennung durch Screening (Zum Beispiel Gebärmutterhalskrebs: Zervixabstrich Papanicolaou).

**Tertiäre Krebsprävention:** Rezidivprophylaxe ( adjuvante systemische Therapie).

---

Die Diagnose Krebs ist nicht nur für die Patienten, sondern auch für ihre Familien aufwühlend und beängstigend, wie in zahlreichen Selbstberichten geschildert wird<sup>6</sup>. Gemäss Navarra (2005) haben krebserkrankte Patienten und deren Familien eine Vielzahl an Bedürfnissen.

### 3.2 Bedürfnis

Bedürfnis bedeutet laut psychologischem Wörterbuch (Häcker & Stapf, 2004, p. 109) „[...] der Zustand eines Mangels, des Fehlens von etwas, dessen Behebung verlangt wird. Bedürfnis ist der Ausdruck dessen, was ein Lebewesen zu seiner Erhaltung und Entfaltung notwendig braucht. [...]“

Eine Studie von Grbich, Maddocks und Parker (2001) ergab fünf Hauptkategorien der Bedürfnisse von Familienangehörigen mit einer Krebserkrankung in der Familie. Diese Bedürfnisse werden auch von Wright und Leahey (2005) und der Krebsliga Schweiz (Navarra, 2005) erwähnt:

---

<sup>6</sup> Zum Beispiel: Die Krankengeschichte von Franca Stein, die ihre Erfahrungen mit Brustkrebs und dem Verlust einer Brust schildert (Stein, 2001).

- Information/Kommunikation
- Emotionale Unterstützung
- Praktische Unterstützung bei Pflege und Haushalt
- Unterstützung in Bezug auf die eigene Gesundheit und Wohlbefinden
- Unterstützung in finanziellen Fragen

Navarra (2005) weist darauf hin, dass Patienten und deren Familien häufig ähnliche Bedürfnisse haben. Um familienzentriert pflegen zu können, müssen die Bedürfnisse von Patienten und deren Familien erfasst werden.

### 3.3 Familienzentrierte Pflege

Familienzentrierte Pflege baut auf einem systemischen Ansatz\* auf. Sie richtet sich an den Patienten und die ganze Familie als ein System. Familie als System wahrnehmen bedeutet, dass die wichtigsten Menschen des Patienten als Mitbetroffene von Anfang an in den Pflegeprozess\* mit einbezogen werden (Preusse-Bleuler, 2008). Zur Veranschaulichung sei folgende Metapher erwähnt (Preusse-Bleuler, 2008, p. 6). „Der Patient ist der Hauptdarsteller, für ihn selber sind seine engsten Angehörigen keine Statisten, welche nur eine stumme Rolle im Hintergrund spielen, sondern ebenfalls Hauptdarsteller.“ Wenn es dem Pflegefachpersonal gelingt, die Familie ebenfalls als „Hauptdarsteller“ (p. 6) wahrzunehmen, ist ein bedeutender Schritt Richtung familienzentrierte Pflege getan (Preusse-Bleuler, 2008).

Pflegerische Interventionen sollten den Bedürfnissen von Patienten und deren Familien gerecht werden. Laut Wright und Leahey (2005) beinhaltet eine Unterstützung des Familiensystems aus pflegerischer Sicht folgendes:

- „Vorbereitung auf die Rolle der pflegenden Angehörigen (→ mindert Belastung und Krankheitsrisiko)
- Zuwendung und Wertschätzung (→ verringert Stress)
- Ablösung in der Pflegearbeit (→ ermöglicht Erholungspausen)
- 24-Stunden Hotline (→ gibt Sicherheit für zuhause)“ (Preusse-Bleuler, 2008, p. 6)

Übergeordnet bedeutet das gemäss Preusse-Bleuler (2008): Den Patienten und seine Familie in der Lebensqualität unterstützen, die Selbstständigkeit der Familie erhalten, die Familie in der Selbsthilfefähigkeit unterstützen und eine nachhaltige, angepasste Pflege erreichen.



### **3.3.1 Geschichtlicher Hintergrund**

Seit den 1980er Jahren verschiebt sich der Fokus von den Interessen des Gesundheitsfachpersonals hin zu den Interessen der Patienten (Eicher & Marquard, 2008). Als Folge daran wurden die Pflegemassnahmen vermehrt auf Patienten abgestimmt. Die familienzentrierte Pflege hat ihren Ursprung in den Bereichen Pädiatrie und Geburtshilfe und wurde anschliessend in andere Gesundheitsfachgebiete übertragen (Shields, Pratt & Hunter, 2006). Dies hat-te zur Folge, dass nicht nur Patienten sondern auch deren Familien in den Pflegeprozess mit einbezogen wurden.

Die familienzentrierte Pflege basiert auf dem „Calgary family model“. Wright und Leahey, zwei Pflegewissenschaftlerinnen, begannen vor über 25 Jahren mit der Entwicklung dieses Modells (Preusse-Bleuler, 2012).

### **3.4 Calgary family model**

Wright und Leahey (2005) haben mit dem „Calgary family model“ Rahmenbedingungen zur Begleitung und Unterstützung von Familien entwickelt. Geleitet wird das Modell durch vier zentrale Aspekte:

1. Beziehungsaufbau
2. Assessment (CFAM)
3. Interventionen (CFIM)
4. Abschluss der Beziehung

**1. Der Beziehungsaufbau** zwischen Pflegefachperson, Patient und Familie basiert nicht auf zufälliger Basis, sondern ist die erste zielgerichtete pflegerische Handlung. Es findet die Begrüssung statt:

- Vorstellung aller Anwesenden
- Darstellung des Gesprächsablaufs und des Gesprächsziels
- Gesprächsbeginn mit der grössten Belastung, die für den Patienten und seine Familie im Vordergrund steht

Ein gelungener Beziehungsaufbau bedeutet den ersten Schritt für eine wirkungsvolle Pflege. Grundlage dafür ist eine vertrauensvolle, offene, von Respekt geprägte, ehrliche Kommunikation (Preusse-Bleuler, 2012).

**2. Das CFAM** ist multidimensional gegliedert. Es beschäftigt sich mit der internen familiären Zusammensetzung, den erweiterten familiären Netzwerken und den äusseren Verbindungen. Es dient als Gesprächsrahmen für Familienassessments und für die Dokumentation (Wright & Leahey, 2009). Die folgende Abbildung 1 gibt einen Überblick über das CFAM.

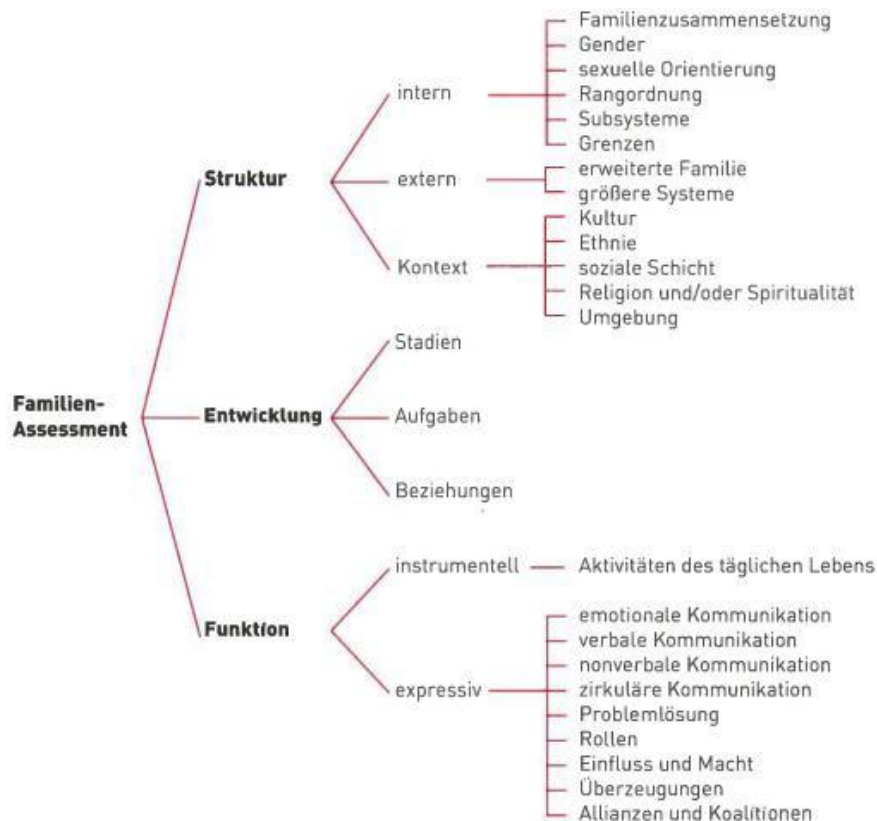


Abbildung 1: Familienassessmentbaum mit drei Ebenen: Struktur, Entwicklung und Funktion (Wright & Leahey, 2009, p. 70).

Hinweis: Die Pflegefachperson entscheidet, welche Subkategorien in der Familie relevant erscheinen und erfasst werden sollen. Es können nicht alle Subkategorien in einem Familiengespräch angesprochen werden. Es gilt, die relevantesten Subkategorien anzusprechen, die im Zusammenhang mit der Erkrankung Probleme oder Ressourcen aufdecken können.

Ablauf des CFAM: In einem ersten Schritt wird das Genogramm (siehe Abbildung 2) erfasst. Laut Preusse-Bleuler (2008) stellt es eine effiziente Möglichkeit dar, eine Familiensituation aus der Perspektive der Patienten und seiner Familie visuell transparent zu machen. Das Genogramm liefert Informationen über die Familie, es ist

eine Art Stammbaum über meistens drei Generationen. Zusätzlich können Informationen über Gesundheit, Beruf, Religion, Ethnie sowie zur Migration erhoben werden.

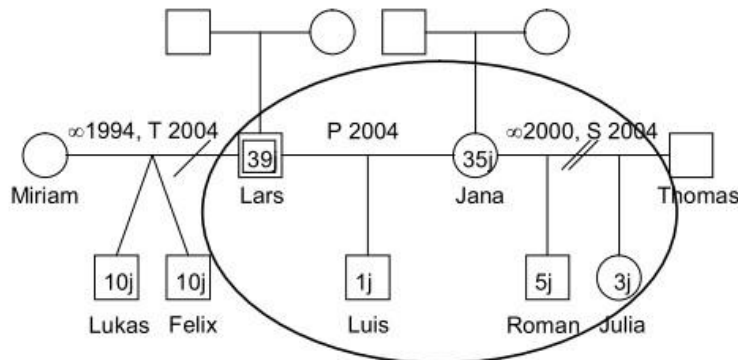


Abbildung 2: Beispiel eines Genogramms (Preusse-Bleuler, 2008, p. 26). Informationen zur strukturellen Ebene. Die Symbole zum Geno- und Ökogramm sind im Anhang F erläutert.

In einem zweiten Schritt wird das Ökogramm (siehe Abbildung 3) erfasst. Dadurch können weitere nicht verwandtschaftliche Verbindungen aufgezeigt werden, wie beispielsweise Freunde, Arbeits- und Vereinskollegen. Es stellt den Kontakt der Familien mit anderen Systemen schematisch dar. Diese Erfassung ermöglicht eine transparente und vereinfachte Darstellung von relevanten Fakten des Patienten und seiner Familie. Es bietet die Möglichkeit, Ressourcen und Probleme festzustellen (Preusse-Bleuler, 2008).

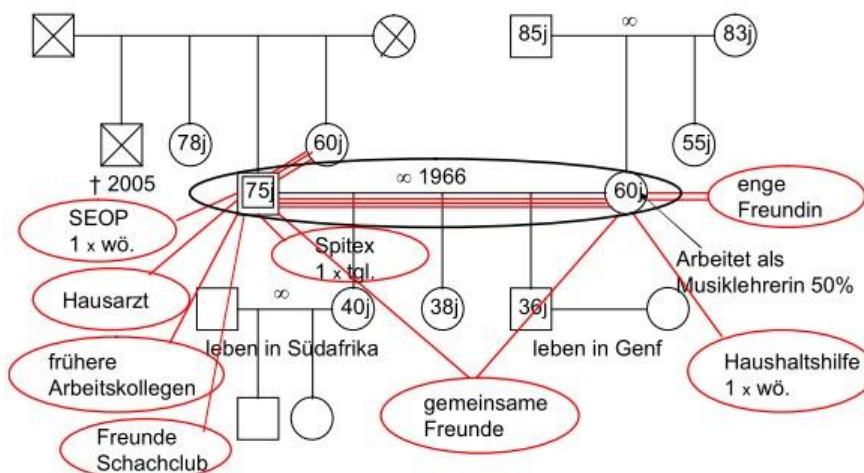


Abbildung 3: Beispiel eines Geno- und Ökogramms (Preusse-Bleuler, 2008, p. 27). Informationen zur strukturellen- und Entwicklungs-Ebene.

Der dritte Schritt des CFAM beinhaltet das Erlangen einer detaillierten Beschreibung eines Problems. Als allgemeine Vorgehensweise werden zirkuläre Fra-

gestellungen empfohlen. Das sind beispielsweise Fragen nach Unterschieden, nach dem Verhalten oder hypothetische Fragen zur Zukunft. Diese Fragen dienen nicht nur dazu, Informationen zu gewinnen, sondern auch, um die Selbsthilfefähigkeit herbeizuführen. Dabei können Erklärungen zum Problem, zu Beziehungen, zu Verbindungen oder Wertvorstellungen gewonnen werden. Die Fragen verlaufen zyklisch und nicht linear, das heisst, die Fragen nehmen Bezug auf die Antworten (Preusse-Bleuler, 2008).

**3. Das CFIM** basiert auf Stärken und Ressourcen. Neben den Ressourcen der einzelnen Familienmitglieder, sowie der Familie als System, können auch externe Ressourcen mit einbezogen werden. Ziel ist es, die Familie dahingehend zu fördern, dass sie selbständig neue Ansätze zur Problembewältigung oder zur Optimierung bestehender Ressourcen findet (Preusse-Bleuler, 2008).

Das CFIM wird in drei Bereiche unterteilt, nämlich in den kognitiven, affektiven und verhaltensbezogenen Bereich (Preusse-Bleuler, 2008). Interventionen im kognitiven Bereich zielen auf die Wahrnehmung des Gesundheitsproblems ab. Dabei können als Interventionen:

- Information oder Instruktion angeboten werden.
- Aufzeigen, Anerkennen und Wertschätzen von Stärken der Familie, was Zuversicht und Kraft vermittelt.

Interventionen im affektiven Bereich beinhalten beispielsweise:

- Emotionale Reaktionen normalisieren. Das heisst, jeder Mensch reagiert anders auf eine Erkrankung, der eine eher extrovertiert, der andere introvertiert. Das Ansprechen, dass solche Reaktionen normal sind, kann beruhigen und Hoffnung vermitteln.
- Ermutigen, die Krankheitsgeschichte zu erzählen. Dies kann zur Verarbeitung der Krankheitsgeschichte beitragen und Leiden mindern.

Interventionen im verhaltensbezogenen Bereich beinhalten:

- Die Familie ermutigen, die Rolle der pflegenden Angehörigen zu übernehmen.
- Die Familie zu Erholungspausen ermutigen, denn oft haben Familien mit Schuldgefühlen zu kämpfen und gönnen sich kaum Ruhephasen.

- Entwickeln von Ritualen. Oft werden Rituale durch Erkrankungen gestört oder verunmöglicht. Dabei können Rituale zur Gesundheit beitragen.

**4. Der Abschluss** ist wie der Beziehungsaufbau essentiell. Etwa zehn Minuten vor Gesprächsende ist es sinnvoll, das Besprochene zusammenzufassen, Wertschätzung für das Erreichte auszusprechen und einen Ausblick auf das nächste Familiengespräch zu bieten. Bei Bedarf werden weitere Fachpersonen zugewiesen oder eine Wiederkontaktaufnahme angeboten (Preusse-Bleuler, 2008).

Ist der Abschluss erfolgreich gewesen, geht die Familie gemeinsam mit Mut, Hoffnung und Vertrauen nach Hause. Neue Ressourcen, sowie die Fähigkeit mit der Erkrankung umzugehen, sind erkennbar (Wright & Leahey, 2009).

## 4 Ergebnisse

Vorliegend sind fünf Studien mit wissenschaftlich erfassten Bedürfnissen von Familien mit minderjährigen Kindern, in welchen ein Elternteil an Krebs erkrankt ist. Die Studien werden anhand der Tabelle 3 kurz dargestellt, damit ein Überblick gewonnen werden kann.

### 4.1 Darstellung der Studien

Tabelle 3: Übersicht der Studienanalysen

Studie	Autor/ Titel/ Journal
1	Helseth, S. & Ulfsaet, N. (2005). Parenting experiences during cancer. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 52(1), 38-46.
2	Houldin, A. D. (2007). A Qualitative Study of Caregivers` Experiences with Newly Diagnosed Advanced Colorectal Cancer. <i>Oncology Nursing Forum</i> , 34(2), 323-330.
3	Forrest, G., Plumb, C., Ziebland, S. & Stein, A. (2009). Breast cancer in young families: a qualitative interview study of fathers and their role and communication with their children following the diagnosis of maternal breast cancer. <i>Psychooncology</i> , 18(1), 96-103.
4	Kennedy, V. L. & Lloyd-Williams, M. (2009). Information and communication when a parent has advanced cancer. <i>Journal of affective Disorders</i> . 114. 149-155.
5	Osborn, T. (2007). The psychosocial impact of cancer on children and adolescents: a systematic review. <i>Psychooncology</i> , 16(2), 101-126.

Studie Jahr Land	Design/ Methode	Ziel	Population/ Krebsart	Ergebnis	Empfehlung	Evidenz- level
1 2004 Nor- wegen	Qualitativ exploratives* Design  Tiefeninter- views	Das Ziel der Studie ist es fest- zustellen, welche Erfahrungen Eltern mit minderjährigen Kin- dern machen, wenn ein Eltern- teil an Krebs erkrankt ist, und wie das Familienleben beein- flusst wird.	18 Elternteile (Mütter/ Väter) aus 10 Familien mit insgesamt 23 Kin- dern (Alter: 0-18).  Verschiedene Krebsar- ten, nicht im terminalen Krankheitsstadium. Erkrankt: 3 Väter, 7 Mütter.	Fünf Hauptthemen: 1. In der ungewöhnlichen Situation für Normalität sorgen 2. Das Wohlbefinden der Kinder ins Zentrum stellen 3. Zwischen verschiedenen Bedürfnissen ausglei- chen 4. Offen über die Erkrankung sprechen 5. Unterstützung (praktische, emotionale, professi- onelle Unterstützung)	1. Erfassung der Familienbedürf- nisse. 2. Emotionale Unterstützung 2. Praktische Unterstützung (konkret wo Hilfe holen).	Level 2 (nach Kearney, 2001)
2 2007 USA	Qualitativ deskriptives* Design  Semistruktu- rierte Inter- views	Welche Erfahrungen machen die Familienangehörigen, wenn sie mit einer Person zusammenleben, die Kolorek- talkrebs hat, welche Auswir- kungen hat die Erkrankung auf das tägliche Leben, welche Bewältigungsstrategien wer- den angewendet, welche Aus- wirkungen hat die Krebser- krankung auf Familie/Kinder.	14 Familienangehörige (12 Ehepartner, 2 Freunde). 10 Familien- angehörige mit Kindern (Alter: 2-25) und 4 Fami- lienangehörige ohne Kinder.  Kolorektalkrebs, kürzlich diagnostiziert. Erkrankt: 10 Männer, 4 Frauen.	Drei Kernkategorien: 1. Totaler Zusammenbruch des Lebens erfahren 2. Versuchen, positiv zu bleiben 3. Versuchen, das Familienleben und die Kinder- gewohnheiten so normal als möglich zu gestalten	1. Erfassung der Bedürfnisse der Familien. 2. Den Familien psychosoziale Unterstützung anbieten.	Level 2 (nach Kearney, 2001)
3 2009 Eng- land	Qualitatives Design  Detaillierte semistruktu- rierte Inter- views	Wie ist die Vater-Kind Kom- munikation, nachdem bei der Mutter Brustkrebs diagnosti- ziert wurde. Unterschiede (zwischen Vater/Kind) im Ver- ständnis der Krankheitsaus- wirkung feststellen. Lücken betreffend Unterstützungs- und Informationsbedürfnissen iden- tifizieren.	26 Väter (23 genetische Väter und 3 Stiefväter) von insgesamt 31 Kin- dern (Alter: 6-18).  Brustkrebs. Erkrankt: 26 Mütter.	Vier Kernkategorien, dargestellt aus Sicht der Väter und der Kinder. A) Darstellung der Väterperspektive 1. Die praktische Rolle zuhause erfüllen 2. Informieren und Fragen beantworten 3. Sicherheit vermitteln und unterstützen 4. Emotionen managen B) Darstellung der Kinderperspektive 1. Ältere Kinder gehen mit den Vätern eine Allianz ein und helfen im Haushalt. „Papa soll uns schau- en, solange Mama weg ist.“ „Er soll kochen.“ Jün- gere Kinder finden es wichtig, wenn andere helfen,	1. Angemesse- ne Information für Väter anbie- ten. 2. Familienfokus bewahren und Väter so früh als möglich erfas- sen.	Level 1-2 (nach Kearney, 2001)

				z.B. Grosseltern, Freunde der Mutter. 2. „Papa soll über die Krankheit der Mutter Klarheit schaffen, vor allem über Nebenwirkungen und die Prognose der Erkrankung von Mama.“ 3. Papa als beruhigender Pol. 4. Kinder wollen ihre Eltern vor Distress schützen. Die Verletzlichkeit der Väter wird wahrgenommen.		
4 2009 Eng- land	Qualitatives Design, Grounded Theory*  Semistrukturierte Interviews	Welche Informationsbedürfnisse haben Kinder, wenn ein Elternteil an Krebs erkrankt ist. Wo und von wem möchten die Kinder die Informationen erhalten? Identifikation von möglichen Barrieren, die den Zugang zu Information verhindern.	28 Familienangehörige (10 erkrankte Elternteile, 7 Familienangehörige, 11 Kinder) aus 12 Familien mit Kindern (Alter: älter als 7 Jahre)  Verschiedene Krebsarten im fortgeschrittenen Stadium. Geschlecht des erkrankten Elternteils nicht bekannt.	A) Zwei Themenkreise aus der Elternperspektive 1. Kinder informieren 2. Kinderfragen beantworten B) Kinderperspektive mit vier identifizierten Bedürfnissen. 1. Informationswunsch (ehrliche Information. Mädchen: Information über eigene Gesundheit) 2. Informationsquellen (Eltern, Pflegefachpersonal, Bücher, Informationsbroschüren. „Information von jemandem, dem man voll vertrauen kann.“) 3. Kommunikation mit den Eltern 4. Kommunikation mit anderen	1. Unterstützung der Eltern „wie Kinder zu informieren sind“. 2. Konkrete Angaben für Familien, bezüglich Krankheit, Therapie, Websites: wo was zu finden ist.	Level 1-2 (nach Kearney, 2001)
5 2007 Eng- land	Systematische Review  Einschluss zur Beantwortung der 1. Frage 10 Querschnittstudien*. Zur Beantwortung der 2. Frage 13 qual. Studien	Antworten finden auf: 1. Besteht bei Kindern in der frühen Krebskrankheitsphase eines Elternteils ein erhöhtes Risiko, psychosoziale Schwierigkeiten zu entwickeln? 2. Welche Faktoren führen zu psychosozialen Abweichungen bei Kindern, wenn ein Elternteil eine Krebserkrankung hat?	Kinder (Alter: 5-18), Eltern mit einer Krebserkrankung.  Verschiedene Krebsarten nicht terminal, nicht fortgeschritten oder im Krankheitsstadium 4.	Die Studien belegen keine erhöhten Levels von ernsthaften, psychosozialen Schwierigkeiten bei Kindern, welche ein an Krebs erkranktes Elternteil haben, verglichen mit Kindern, die gesunde Eltern haben. Ergebnis zur 1. Fragestellung Adoleszente Töchter, die eine an Krebs erkrankte Mutter haben, scheinen die am negativsten betroffene Gruppe zu sein. Die Familienkommunikation spielt eine bedeutende Rolle. Depressive Symptome einer erkrankten Mutter können Auswirkungen auf Kinder zur Folge haben.	Betrachtung der Familie als ein System oder eine Einheit.	C (nach Gerontological Nursing, 1999)



## 4.2 Kritische Auseinandersetzung der Ergebnisse und der Evidenzlage/Güte der Studien

Die vorliegenden Studien weisen einige Schwächen bezüglich der Population und des methodologischen Vorgehens auf. Die Evidenzlevels der qualitativen Studien sind in Bezug auf das Design zwischen 1-2 nach Kearney (2001) eingestuft worden. Die Evidenzlevels nach Kearney variieren zwischen 1-5, wobei Evidenzlevel 1 den höchsten Level darstellt und eine detaillierte, umfassende Beschreibung komplexer Einflüsse bedeutet. Bei der systematischen Review ist für das Design ein Evidenzlevel C nach Gerontological Nursing (1999) festgelegt worden. Die Evidenzlevels nach Gerontological Nursing (1999) variieren von A-D, wobei A den höchsten Level darstellt. Das Evidenzlevel C bedeutet: Evidenz aus Beobachtungsstudien\*. Die Beurteilung der Güte\* der Studien gemäss Guba und Lincoln (1981) ist in der Ergebniszeile der Studienmatrix enthalten und im Anhang C vorzufinden. Insgesamt ist festzuhalten, dass die Güte aller Studien gegeben ist. Die Autorin ist auf keine Studie gestossen, die den quantitativen Ansatz verfolgt hat. Dieser könnte ein weiterführendes Forschungsthema sein.

In Tabelle 4 werden die Stärken und Schwächen der Studien zusammengefasst und dargestellt.

Tabelle 4: Stärken und Schwächen der Studien

Studie	Stärken	Schwächen
<b>Helseth &amp; Ulfseth (2005)</b>	<p>Methode, Datenerhebung und Datenanalyse plausibel beschrieben.</p> <p>Bedürfnisse der eingegrenzten Population dargestellt und in 4 Bereiche kategorisiert. Lebhaft Beschreibung der verschiedenen Bedürfnisse und Erfahrungen aller Familienmitglieder (des gesunden, kranken Elternteils und der Kinder).</p> <p>Die Beschreibung beinhaltet die Sichtweise der ganzen Familie -&gt; es entsteht ein Gesamtbild.</p> <p>Empfehlung für die Praxis, mit drei mög-</p>	<p>Population homogen: bereits vor der Erkrankung Aufteilung der Haushaltspflichten, keine geschiedenen Eltern. Norwegen (Skandinavien) bekannt als familienfreundlich (Mittags-tisch häufig im Schulsystem integriert). Ist Population repräsentativ auf andere Länder? Sind den Erkenntnissen daher Grenzen gesetzt?</p> <p>Forscher ungenügend beschrieben (Beziehung zu den Teilnehmern? Ausbildung?).</p>

	lichen konkreten Fragestellungen.	
<b>Houldin (2007)</b>	Methode, Datenerhebung und Analyse nachvollziehbar beschrieben. Erfahrungen der Population detailliert beschrieben und kategorisiert. Beschreibung ist mehr als eine Aufzählung von verschiedenen Bedürfnissen. Studie bringt bedeutende Erkenntnisse, Nuancen, ans Licht.	Population homogen: alle Mittelschicht, gut ausgebildet. -> Repräsentativität auf andere soziale Schichten? Keine Angaben zur Saturation*. Theoretische Perspektive nicht dargestellt. Welche Beziehung hatten Forscher zu den Teilnehmern?
<b>Forrest, Plumb, Ziebland &amp; Stein (2009)</b>	Methode, Datenerhebung und Analyse beschrieben. Gewonnene Erkenntnisse mit Theorie in Verbindung gebracht (Beschreibung der Theorie). Bedürfnisse dargestellt aus Väter- und Kinderperspektive. Umfassende Beschreibung komplexer Einflüsse. Geteilte und widersprüchliche Bedürfnisse von Vätern und Kindern detailliert beschrieben. Dadurch wichtige Erkenntnisse gewonnen. Bedürfnisse von Vätern -> Gewinn, weil das männliche Geschlecht schwieriger für Forschung zu gewinnen ist.	Population homogen: Väter durch Ehefrauen rekrutiert -> Männer dadurch motivierter, konnten der erkrankten Ehefrau/Partnerin zuliebe die Teilnahme nicht abschlagen? Männer gut ausgebildet, Mittelschicht. -> Repräsentativität der Population auf andere Ethnien oder tieferem sozialen Status? Krankheitsphase: Mütter kürzlich an Brustkrebs erkrankt -> spezifische Krankheitsphase. Informationsbroschüre „Wie informiere ich mein Kind“: leider wird keine Erläuterung zur Broschüre gegeben, wieso die Väter die Broschüre als wenig hilfreich betrachten. Forscher ungenügend dargestellt.
<b>Kennedy &amp; Lloyd-Williams (2009)</b>	Methode, Datenerhebung und Analyse klar beschrieben. Informationsbedürfnisse der Eltern und der Kinder dargestellt. Unterschiedliche Wahrnehmungen aufgedeckt. Detaillierte Beschreibung komplexer Einflüsse und Erfahrungen. Dadurch Identifikation von möglichen Barrieren, die den Zugang zu Information verhindern. Beide Perspektiven zusammen (Eltern und Kinder) ermöglichen ein vollständiges Bild und geben ein weit tieferes Bild als eine Aufzählung von Bedürfnissen.	Population: nicht nach Alter, Gender, Beruf, Wohnsituation, Ethnie beschrieben. -> müsste bei den Autoren nachgefragt werden, um die Repräsentativität der Population zu beurteilen. 28 Teilnehmer ist für eine Grounded Theory genügend gross, Grounded Theory möchte aus dem verankerten Wissen der Realität Theorien bilden ->Theoretical sampling* ist ungenügend beschrieben. Forscher ungenügend beschrieben, Beziehung zu Teilnehmer? Interviewschulung?
<b>Osborn</b>	Es werden Erfahrungen und Einflüsse	Population: Hauptsächliche Betrachtung müt-

<b>(Review) (2007)</b>	beschrieben. Ergebnisse werden abgeleitet. Sie zeigen komplexe Zusammenhänge auf. Die einbezogenen Studien zeigen geteilte Erkenntnisse auf.	terlicher Krebserkrankungen. Auswirkungen väterlicher Krebserkrankungen auf Kinder wurden nicht ermittelt, wie zum Beispiel „welche Auswirkungen haben väterliche Depressionssymptome auf die Kinder?“ Psychosoziale Bedürfnisse von jüngeren Kindern wenig erforscht. Erkenntnisse werden teilweise unzureichend beschrieben und erklärt. Aufgrund der unterschiedlichen Teilnehmer von Studie zu Studie ist Vergleichbarkeit insgesamt schwierig.
----------------------------	--	--

Einzelne Bereiche der Studien weisen Mängel auf. So wird beispielsweise die Methodik nicht überall nachvollziehbar beschrieben. Zudem deckt die Population eher die Mittelschicht ab und zeigt keine kulturellen oder sozialen Unterschiede auf. Trotzdem weisen die fünf Studien neue Erkenntnisse auf. Es findet nicht nur eine Aufzählung der Bedürfnisse von Familien mit minderjährigen Kindern statt, sondern es werden bedeutende Nuancen/Zwischentöne dargestellt. Die detaillierte Beschreibung der Erfahrungen gibt einen Einblick in das Leben und die Sichtweise der betroffenen Familien. Es gibt eine Dichte und Stringenz in der Beschreibung der Ergebnisse.

Es könnte der Eindruck entstehen, dass einzelne Krankheitsphasen ausgeschlossen wurden, wie beispielsweise die palliative/terminale Krankheitsphase. In der Literatur wird beschrieben, dass die Bedürfnisse ungeachtet der jeweiligen Krankheitsphase mehrheitlich die Gleichen sind. Sie können sich in der Ausprägung unterscheiden. Die Krankheitsphase stellte bei der Auswahl der Studien kein Kriterium dar.

Die Ergebnisse werden mit den Auswirkungen im Familiensystem im Kontext mit bereits Bekanntem gebracht.

Die Studien geben Praxisempfehlungen bezüglich Familienassessment und systemischer Sichtweise ab. Zudem werfen sie Fragen für zukünftige Forschung und für die Praxis auf.

Zusammenfassend kann mit den fünf Studien die von der Autorin gestellte Frage beantwortet werden. Aufgrund dessen sind die Studien von der Autorin als aufschlussreich und relevant erachtet worden.

### **4.3 Ergebniszusammenfassung**

Nach dem Zusammenfassen der Studienergebnisse wurden die Aussagen verdichtet, sodass die Autorin schliesslich Kernaussagen bilden konnte. Danach wurden diese Kernaussagen in sieben Bedürfniskategorien eingeteilt, welche nachfolgend aufgeführt werden.

#### **4.3.1 *Bedürfnis nach Information und Kommunikation***

**Helseth und Ulfsaet** (2005) betonen das Bedürfnis der Eltern, den Kindern genügend altersgerechte Informationen zu geben. Nebst dem Bedürfnis, Informationen zu geben, besteht die Schwierigkeit, die Kinder mit Information nicht einzuschüchtern oder zu verunsichern. Offen sein und über die Situation sprechen, wird als eines der wichtigsten Bedürfnisse hervorgehoben.

**Houldin** (2007) beschreibt das Bedürfnis der Eltern als wichtig, über die Erkrankung mit Freunden zu sprechen und dadurch andere Meinungen zu hören. Auch mit den Kindern über die Krankheit sprechen, die Wahrheit sagen, begleitet von der Unsicherheit oder Schwierigkeit wie viel über die Krankheit zu informieren ist, wird hervorgehoben.

**Forrest et al.** (2009) beschreiben das Bedürfnis der Väter, die Kinder offen und ehrlich zu informieren. Dabei geht hervor, dass vor allem die Mütter, welche selbst an Brustkrebs erkrankt sind, die Hauptinformationsübermittler darstellen. Manche Väter sind unfähig, über die Erkrankung und Behandlung des mütterlichen Brustkrebses zu sprechen. Gleichzeitig wird festgehalten, wie Väter bemüht sind, die Kinder über Behandlung, Nebenwirkungen, mögliche Emotionen der erkrankten Mütter, altersgerecht zu informieren. Zudem wird das klare Bedürfnis aus Sicht der Kinder beschrieben, dass der Vater sie über die Erkrankung der Mutter mit Behandlung und Nebenwirkungen informieren soll.

**Kennedy und Lloyd-Williams** (2009) heben ebenfalls das Bedürfnis der Eltern hervor, die Kinder zu informieren. Gleichzeitig betonen sie die Schwierigkeit der Eltern, wie und wann sie informieren sollen. Gründe, warum es den El-

tern wichtig ist, ihre Kinder zu informieren, sind: Keine Geheimnisse haben zu wollen und Kinder für die Zukunft oder auf einen möglichen Verlust vorzubereiten. Gründe, die angegeben werden, warum Eltern verunsichert sind zu informieren, sind: Kinder nicht verunsichern wollen, nie den richtigen Zeitpunkt finden, den Kindern nicht die Kindheit stehlen wollen, nicht wissen, was von den Kindern zu erwarten ist, oder ganz einfach nicht wissen, wie kindgerecht zu informieren ist. Eltern bekunden mehr Mühe, die Erkrankung jüngeren Kindern oder Kindern mit Lernschwierigkeiten zu erklären, aufgrund der zu erwartenden Verständnisschwierigkeiten. Kinder haben vielfältige konkrete Fragen, wie beispielsweise Fragen über: Tod, Behandlung, Untersuchungen, Nebenwirkungen, Prognose, Hospitalisationsdauer oder auch wie sie ihre Eltern am besten unterstützen können. Gleichzeitig wird dargestellt, dass die Kinder häufiger die Mutter mit Fragen konfrontieren. Kinder haben das Bedürfnis, ihre Information entweder von den Eltern, dem Pflegefachpersonal, aus Büchern, Informationsbroschüren, Internet oder Medien zu erhalten. Obwohl die Eltern von den Kindern als Hauptinformationsvermittler beschrieben werden, befürchten die Kinder, nicht immer die Wahrheit zu erfahren. Das Pflegefachpersonal wird von den Kindern als objektive und vertrauenswürdige Informationsquelle betrachtet. Gleichzeitig bemängeln Kinder, von ihnen nicht altersentsprechend informiert zu werden. Die Informationen aus den Medien können für Kinder beängstigend sein, da die Krebserkrankung häufig mit dem Tod in Verbindung gebracht wird. Die Kommunikation mit anderen, einschliesslich Freunden, wird aus Perspektive der älteren Kinder als hilfreich dargestellt. Obwohl das Bedürfnis von Kindern als einfach mit jemandem zu sprechen beschrieben wird, geht aus der Studie hervor, dass Kinder häufig mit niemandem über die Situation sprechen.

**Osborn** (2007) beschreibt das Bedürfnis der familiären Kommunikation als wesentlichen Punkt. Fehlende familiäre Kommunikation wird als Hauptgrund für Distress angesehen. Eine offene Kommunikation erweitert die Anpassungsmöglichkeiten und die Aushandlung der Familienrollen.

#### **4.3.2 *Bedürfnis nach emotionaler Sicherheit***

**Helseth und Ulfsaet** (2005) beschreiben das Bedürfnis der Eltern, die Kinder beschützen zu wollen und die Situation so sicher wie möglich zu gestalten. Als vulnerable Zeitpunkte der Erkrankung für die Kinder werden folgende Punkte angegeben: Bei der Diagnosebekanntgabe und beim sichtbar werden der Erkrankung, beispielsweise wenn der Elternteil aufgrund der Chemotherapie unter ständiger Übelkeit und Erbrechen leidet.

**Houldin** (2007) weist auf das Bedürfnis der Eltern hin, das Richtige tun zu wollen, um die Kinder zu beruhigen. Die Eltern wollen für ihre Kinder eine beschützende Funktion einnehmen. Es wird auf den Zeitpunkt der Diagnosestellung und des Therapiebeginns hingewiesen, in welchen die Eltern sowie die Kinder verstärkt Unsicherheit und Distress verspüren.

**Forrest et al.** (2009) beschreiben das Bedürfnis der Eltern, den Kindern Sicherheit zu vermitteln. Die Kinder sollen keine Angst haben und sich keine Sorgen machen. In diesem Zusammenhang wird häufig der Satz gebraucht: Die Mutter wird bald wieder gesund. Aus der Perspektive der Kinder wird der Vater als beruhigender Pol dargestellt. Gleichzeitig wird darauf hingewiesen, wie die Kinder selber den Vater beschützen möchten und ihn deshalb nicht mit Fragen überfallen.

**Kennedy und Lloyd-Williams** (2009) beschreiben, wie Kinder das Bedürfnis haben, ihren Eltern Sicherheit zu vermitteln, indem sie die Eltern nicht mit zu vielen Fragen belasten. Gleichzeitig werden Kinder beschrieben, welche wünschen, gefilterte Informationen zu erhalten, sodass sie damit umgehen können und zudem das Gefühl vermittelt bekommen, dass alles in Ordnung kommt. Die Eltern wollen ihre Kinder nicht belasten und entscheiden sich, ihre Kinder nicht über die Erkrankung aufzuklären.

#### **4.3.3 *Bedürfnis nach ehrlichen Emotionen***

**Helseth und Ulfsaet** (2005) beschreiben, wie Eltern berichten, dass Dinge, die bis zum Zeitpunkt der Erkrankung wichtig waren, plötzlich trivial und irrelevant geworden sind. Daneben wird auf die Schwierigkeit hingewiesen, die Reaktionen der Kinder richtig interpretieren zu können.

**Houldin** (2007) berichtet von Eltern, deren Leben sich von einem Tag auf den anderen völlig verändert hat, begleitet von einem Anstieg an Verantwortung, einer Prioritätenveränderung und einem Unvermögen, etwas im Voraus zu planen. Persönliche Auswirkungen werden beschrieben, wie beispielsweise aus dem Gleichgewicht geworfen zu sein, Veränderungen auf der Beziehungsebene oder Auswirkungen auf die Arbeit. Eltern versuchen, ihre Emotionen zu kontrollieren, um die Kinder nicht zu verunsichern. Das Bedürfnis der Eltern, in dieser Phase positiv zu bleiben, wird hervorgehoben: Jeden Tag das Beste daraus machen, optimistisch bleiben, daran glauben, dass alles gut wird, nicht die ganze Zeit an die Erkrankung denken, sondern daneben auch noch leben. Beten und einen Glauben haben, wird beschrieben. Weiter geht aus der Studie das Bedürfnis hervor, keine Schuldzuweisung vorzunehmen.

**Forrest et al.** (2009) beschreiben das Bedürfnis der Väter, mit den eigenen Emotionen zurechtzukommen. Um zu vermeiden, dass die Kinder durcheinander geraten, versuchen die Väter die eigenen Gefühle zu unterdrücken oder unternehmen mit den Kindern etwas, um diese und sich selbst abzulenken. Gleichzeitig wird dargestellt, wie die Kinder die Verletzlichkeit und Hilflosigkeit der Väter wahrnehmen, obwohl diese dies zu verstecken versuchen. Weiter ist es den Kindern ein Anliegen, die Eltern vor Distress zu schützen. Die Väter gehen davon aus, dass wenn die Operation oder die Behandlung der erkrankten Mutter gut verlaufen ist, die Kinder beruhigt sind. Stattdessen hatten die Kinder grosse Sorgen. Es beschäftigte sie beispielsweise, ob sie selber oder andere Familienmitglieder auch an Krebs erkranken könnten.

**Osborn** (2007) weist darauf hin, dass mütterliche Depressionssymptome auf minderjährige Kinder negative Auswirkungen haben können.

#### **4.3.4 *Bedürfnis nach Alltag und Erfüllung der verschiedenen Rollen***

**Houldin** (2007) betont das Bedürfnis des gesunden Elternteils, den Haushalt zu managen, Geld zu verdienen und anfallende Rechnungen zu bezahlen.

**Forrest et al.** (2009) beschreiben das Bedürfnis der Väter, zuhause verschiedene Aufgaben zu übernehmen: Haushalt erledigen, Kinderbetreuung übernehmen, daneben zur Arbeit gehen und Geld verdienen. Zudem wird darauf hingewiesen, dass vor allem adoleszente Kinder die Väter zuhause in den

verschiedenen Haushaltsaufgaben unterstützen, mit ihnen eine Allianz eingehen und Haushaltspflichten gemeinsam bewerkstelligen.

**Osborn** (2007) beschreibt, dass die adoleszenten Töchter die am negativsten betroffene Familiengruppe während einer elterlichen Krebserkrankung ist, weil sie zusätzliche Haushaltspflichten übernehmen.

#### **4.3.5 *Bedürfnis nach Normalität und Wohlbefinden der Kinder***

**Helseth und Ulfset** (2005) beschreiben das Bedürfnis der Eltern, das Leben so normal als möglich zu gestalten und Alltägliches beizubehalten. Trotz lähmender, energieraubender Umstände wollen Eltern einfach vorwärts schauen. Das Wohlergehen der Kinder hat für die Eltern erste Priorität. Es wird ein Beispiel zitiert, welches beschreibt, dass Kinder Freude erleben sollen. Ein Sohn beispielsweise erzielte im Fussballmatch ein Goal. Die Freude, welche er mit nach Hause nahm, steckte alle an und brachte Erleichterung in der ganzen Familie.

**Houldin** (2007) betont ebenfalls das Bedürfnis der Eltern, das Familienleben und Kindergewohnheiten so normal als möglich zu gestalten und zuhause einen positiven Ort zu schaffen, wo sich die Kinder wohl fühlen.

**Forrest et al.** (2009) beschreiben das Bedürfnis, die tägliche Routine beizubehalten und beispielsweise den Sport- und Musikunterricht der Kinder fortzuführen.

#### **4.3.6 *Bedürfnis nach Ausgleich der verschiedenen Bedürfnisse***

**Helseth und Ulfset** (2005) berichten über die Verschiedenartigkeit der Bedürfnisse, einerseits des kranken Elternteils, andererseits des gesunden Elternteils sowie der Kinder. So bestehen die Bedürfnisse, dass das kranke Elternteil auch krank sein darf, das gesunde Elternteil genügend Energie tanken kann und die Kinder Betreuung durch die Eltern erhalten sollen. Demgegenüber wird beschrieben, wie gesunde Eltern die eigenen Bedürfnisse negieren.

**Osborn** (2007) beschreibt, dass die Eltern durch die Erkrankung weniger Möglichkeiten haben, ihre Kinder zu beobachten, um allfällige Bedürfnisse zu erfassen oder Kinder die eigenen Bedürfnisse vor den Eltern verstecken.



#### **4.3.7 Bedürfnis nach Unterstützung**

**Helseth und Ulfsaet** (2005) beschreiben das Bedürfnis der Eltern, Hilfe und Unterstützung vom Umfeld anzufordern. Hilfe holen, wird als schwierig dargestellt. Ein Elternteil wird zitiert: Alle sagen immer, melde dich, wenn du etwas brauchst. Viel hilfreicher wäre, direkt etwas abzumachen oder konkrete Abmachungen zu treffen. Eltern haben das Bedürfnis, Unterstützung durch das Pflegefachpersonal zu bekommen, insbesondere Anweisungen zu erhalten, wie sie ihre Kinder über die Erkrankung aufklären oder über das Thema Tod sprechen sollen.

Auch **Houldin** (2007) beschreibt das Bedürfnis der Eltern, mit der erweiterten Familie zurechtzukommen und Abmachungen zu treffen.

**Forrest et al.** (2009) beschreiben das Bedürfnis der Eltern, Unterstützung von Bekannten/Verwandten anzufordern. Sie heben vor allem die Unterstützung der Grosseltern hervor. Teenagerkinder bevorzugen die Unterstützung von Freunden, Verwandten, Lehrern oder der erkrankten Mutter, als Hilfe beim Vater zu fordern. Die Väter gaben an, keine professionelle Hilfe, wie beispielsweise einen psychologischen Dienst, in Anspruch nehmen zu wollen. Viel mehr haben sie das Bedürfnis, mit dem Gesundheitsfachpersonal sprechen zu können. Es wird beschrieben, dass viele Väter gehemmt sind, das Spitalpersonal für sich in Anspruch zu nehmen. Auch die Informationsbroschüre „Wie informiere ich mein Kind“ wurde von den Vätern als wenig hilfreich angesehen. Nebst dem Gesundheitsfachpersonal berichteten die Väter, Unterstützung von Menschen zu wollen, denen Gleiches wiederfahren ist, beispielsweise auch in der Familie eine Krebserkrankung erlebt haben.

## 5 Diskussion

### 5.1 Kritische Diskussion und Interpretation der Ergebnisse

In diesem Kapitel findet eine diskursive Auseinandersetzung mit den sieben Bedürfniskategorien statt. Es wird versucht, innerhalb der Bedürfniskategorien gleichartige und unterschiedliche Sichtweisen aufzuzeigen. Anschliessend werden die Ergebnisse interpretiert.

**Information und Kommunikation:** Das Bedürfnis, welches besonders heraussticht, ist das Bedürfnis nach Information über die Erkrankung, Behandlung, Nebenwirkungen und einen möglichen Verlust des erkrankten Elternteils (Forrest et al., 2009; Helseth & Ulfset, 2005; Houldin, 2007; Kennedy & Lloyd-Williams, 2009). Sowohl die Erwachsenen als auch die Kinder teilen dieses Bedürfnis (Forrest et al., 2009; Kennedy & Lloyd-Williams, 2009). Das Bedürfnis der Eltern, ihren Kindern die Probleme zu ersparen, die die Erkrankung mit sich bringt, ist mehr als verständlich. Diese Tatsache spiegelt sich in der Unsicherheit wie und wann die Kinder informiert werden sollen (Forrest et al., 2009; Helseth & Ulfset, 2005; Houldin, 2007; Kennedy & Lloyd-Williams, 2009). Wie man mit Kindern der verschiedenen Altersstufen sprechen kann, bedarf entsprechender Unterstützung (Largo, 2009). Lewis (2011) beschreibt die Möglichkeit, dass Kinder direkt angesprochen und gefragt werden sollten, was sie wissen möchten. Osborn (2007) misst dem Bedürfnis Kommunikation eine bedeutende Rolle zu, indem dargestellt wird, dass mangelnde Kommunikation innerhalb der Familie zu einer negativen Spirale führen kann mit negativen Auswirkungen. Eine von Lewis (2011) dargestellte Intervention, nämlich Kinder direkt anzusprechen, ermöglicht es Kindern, aktiv an der Situation teilzunehmen, die Informationsmenge selber zu steuern und ihre Sozialkompetenz zu stärken (Largo, 2009).

Aus zwei Studien (Forrest et al., 2009; Kennedy & Lloyd-Williams, 2009) geht hervor, dass eher die Mütter die Informationsübermittler darstellen. Was ist aber, wenn die Mütter durch die Erkrankung irgendwann zu schwach sind, um zu informieren? Was ist mit den Vätern, die selbst nicht reden können oder wollen? Was ist mit alleinerziehenden Vätern? Vielleicht brauchen Väter einfach mehr Zeit. Können die Kinder bis dahin aber warten? Sollte eine andere Vertrauensperson, gute Freunde, Pflegefachpersonal mit den Kindern und mit den Vätern sprechen? Eine systema-

tisch durchgeführte Bedürfniserfassung im Krankenhaus könnte dieser Problematik Abhilfe schaffen (Forrest et al., 2009; Helseth & Ulfsaet, 2005; Houldin, 2007). Gezieltes Nachfragen, nach welchen Informationen Bedarf besteht, ist Bestandteil des CFAM und stellt gleichzeitig eine bedeutende Intervention dar (Wright & Leahey, 2009). Zudem ist festzuhalten, dass auch Schweigen eine Art von Kommunikation darstellt (Watzlawick, Beavin Bavelas & Jackson, 1967).

**Emotionale Sicherheit:** Das Bedürfnis der Eltern, den Kindern Sicherheit zu vermitteln, wird sowohl von Helseth und Ulfsaet (2005) als auch von Forrest et al. (2009) und Houldin (2007) beschrieben. Eltern möchten, dass ihre Kinder sorgenfrei und behütet aufwachsen (Largo, 2009). Nur kann gleichzeitig niemand seine Kinder vor der Realität bewahren. Kinder sind auf stabile Beziehungen angewiesen, insbesondere in dieser unsicheren Zeit der Erkrankung (Metzing & Schnepf, 2008). In vielen Fällen wissen auch die Eltern nicht genau, wie es weiter gehen wird, auch sie sind verunsichert. Wie können sie in dieser Krisensituation Sicherheit vermitteln? Laut Werner (1992) gibt es keine Patentrezepte, wie Kinder in schwierigen Lebenssituationen unterstützt werden können. Sie beschreibt, dass es eine differenzierte Analyse der individuellen Lebenslagen braucht, damit Ressourcen aufgespürt werden können, die einen möglichen Weg aufzeigen, um die schwierige Situation zu meistern. Diese Aussage wird auch von Wright und Leahey (2009) unterstützt.

Gleichzeitig ist es interessant, dass auch die Kinder ihre Eltern beschützen und sie nicht unnötig belasten möchten (Forrest et al., 2009; Kennedy & Lloyd-Williams, 2009). Für die Kinder ist neben dem eigenen auch das elterliche Bewältigungshandeln bedeutsam (Largo, 2009). Die besonderen Herausforderungen bei der Bewältigung einer elterlichen Krebserkrankung ermöglicht unter Umständen die Entwicklung von besonderen Kompetenzen (Werner, 1992). Ressourcenorientierte Fragestellungen sind Bestandteil des CFAM (Wright & Leahey, 2009).

**Ehrliche Emotionen:** Interessant ist, dass bezüglich der Emotionen keine der ausgewählten fünf Studien ähnliche Emotionsbedürfnisse festgestellt hat. Das Spektrum ist breit und weist eine Vielzahl von Emotionen auf:

- Traurig sein, weil man nicht voraus planen kann, weil man aus dem Gleichgewicht geworfen ist, weil innerhalb der Beziehung Spannungen

auftreten, weil die Krankheit Auswirkungen auf die Arbeit hat und man dort nicht die volle Leistungsfähigkeit zeigen kann (Houldin, 2007).

- Hoffen, einen Glauben haben, manchmal beten. Optimistisch und positiv sein (Houldin, 2007).
- Spass haben, nicht immer an die Erkrankung denken. Leben! (Forrest et al., 2009). Positive Erfahrungen machen, indem man sich selber etwas Gutes tut (Helseth & Ulfsaet, 2005). Die Kinder sollen die Erlaubnis bekommen, Spass zu haben, indem beispielsweise Hobbys weiter ausgeübt werden (Houldin, 2007).
- Keine Schuldgefühle haben (Houldin, 2007).
- Zu seinen Gefühlen stehen (Forrest et al., 2009).
- Sorgen und Ängste aussprechen. Kinder und Erwachsene haben Sorgen, sie möchten sich gegenseitig nicht belasten und schonen sich. Die Erwachsenen unterdrücken die wahren Gefühle und die Kinder halten sich mit Fragen zurück (Forrest et al., 2009).
- Depressionssymptome erkennen (Osborn, 2007).

Erwachsene sollen und dürfen ihre Emotionen ausleben. Gemäss Largo (2010) sind Erwachsene Vorbilder für die Kinder. Von ihnen lernen Kinder, was gutes und schlechtes Benehmen ist, welches Verhalten akzeptiert und welches abgelehnt wird. Kinder brauchen Vorbilder, die ihnen vorleben, dass man Gefühle zeigen kann. Das CFAM fördert durch die zirkulären Fragestellungen die familieninterne Kommunikation und stärkt dadurch die Familie (Preusse-Bleuler, 2008).

**Alltag und Erfüllung der verschiedenen Rollen:** Der Haushalt muss erledigt werden; für sich selber und die Kinder muss gekocht werden. Drei Studien greifen diese Thematik auf (Forrest et al., 2009; Houldin, 2007; Osborn, 2007). Interessant ist die Rolle der Väter im 21. Jahrhundert. Der Vater wird nicht nur als alleiniger „Brotverdiener“ dargestellt, sondern auch als Co-Elternteil (Forrest et al., 2009). Die Haushaltspflichten werden bereits im Vorfeld der Erkrankung unter den Elternteilen aufgeteilt, die Ausübung der Pflichten stellt kein Problem dar.

Interessant bezüglich der Haushaltspflichten ist die Gruppe der adoleszenten Töchter. Forrest (2009) beschreibt die Allianz, die die adoleszenten Töchter mit den Vätern eingehen. Sie übernehmen Haushaltspflichten und unterstützen zuhause. Os-

born (2007) weist in diesem Zusammenhang auf eine negative Belastung der Töchter hin. Metzing und Schnepf (2008) untersuchten die vielfältige Übernahme von pflegerischen Tätigkeiten durch die Kinder. Sie stellen in ihrer Studie jedoch keine Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen fest. Was von den Kindern im Einzelnen zu erwarten ist, hängt von ihrem Alter, ihrer Persönlichkeit und ihrem Entwicklungsstand ab. Zur Koordinierung der Erwartungen der Eltern und Kinder sind regelmässige Gespräche notwendig (Largo, 2009). Je klarer die Bedürfnisse von allen Beteiligten dargestellt werden, desto eher können Missverständnisse ausgeschlossen werden. Denn zu hohe Erwartungen an die Kinder können diese überfordern. Die systemische Betrachtungsweise, auf welcher das CFAM basiert, unterstützt den Fokus auf alle beteiligten Familienmitglieder (Preusse-Bleuler, 2008). Bei der Durchführung des CFAM sitzt das Pflegefachpersonal mit der Familie an einen Tisch und spricht beispielsweise den Haushalt an. Dabei hört jeder von jedem, was der andere denkt. Dadurch wird ein Prozess in Gang gesetzt, der die Familie dazu befähigt, selbstwirksam zu handeln.

**Normalität und Wohlbefinden der Kinder:** Dieses Bedürfnis wird ebenfalls in drei Studien aufgegriffen (Forrest et al., 2009; Helseth & Ulfsaet, 2005; Houldin, 2007). In einer Krisensituation Normalität beibehalten und die Tochter beispielsweise in die Reitstunde fahren. Das Beibehalten der Routine bringt im Leben eines Kindes Sicherheit und Wohlbefinden. Alltagsroutine stärkt das Vertrauen der Kinder (Largo, 2010; Metzing & Schnepf, 2008). Gemäss Wright und Leahey (2005) gehört zum „Calgary family model“ auch dazu, die Familie zu fördern, wieder ein Gefühl für eine normale und nicht kranke Familie zu entwickeln und schliesslich auch Rituale oder Gewohnheiten zum Wohle der eigenen Gesundheit weiter zu führen.

**Ausgleich der verschiedenen Bedürfnisse:** Was braucht der Einzelne und was braucht das System? Dies ist ein dynamischer Prozess und steht in ständiger Wechselwirkung zwischen den Akteuren.

Eindrücklich wird in der Studie (Helseth & Ulfsaet, 2005) dargestellt, wie die Familienmitglieder zur gleichen Zeit unterschiedliche Bedürfnisse haben können, beispielsweise der kranke Elternteil: Egal wie krank ein Elternteil ist, er bleibt immer noch die Mutter oder der Vater. Dieses Wissen hilft. So soll das Bestreben dahin führen, dass dem kranken Elternteil Ruhephasen zugesprochen werden und dass dieser

Elternteil von vielen Aufgaben entlastet wird. Eine schrittweise Übernahme der bisherigen Aufgaben sollte vom kranken Elternteil selber angestrebt werden.

Der gesunde Elternteil soll genügend Freiraum einplanen, um Energie tanken zu können. Helseth und Ulfsaet (2005) heben dieses Bedürfnis des gesunden Elternteils hervor. Gesunde Elternteile sollen sich selber Sorge tragen und beispielsweise Hobbys weiter ausüben. Auch Houldin (2007) weist auf die Kernaussage hin, dass ein Gleichgewicht zwischen Geben und Nehmen angestrebt werden sollte, bevor ein totaler Zusammenbruch geschieht. Persönliche und familiäre Anliegen müssen immer wieder neu austariert werden.

Kinder sind Kinder, auch wenn ein Elternteil an Krebs erkrankt ist. Sie sollen die Freiräume erhalten, die sie brauchen. Sie sollen die Nähe, Liebe und Geborgenheit der Eltern erhalten, die ihnen zustehen (Largo, 2010). Je nach Alter können und sollen sie Aufgaben in der Familie übernehmen. Doch sind dabei Absprachen und Kompromisse nötig. Wichtig ist auch, miteinander zu reden und klare Verhältnisse zu schaffen, damit die Kinder nicht überfordert werden. Osborn (2007) macht darauf aufmerksam, dass die Eltern durch die Erkrankung ihre Kinder nicht so stark beobachten können und dadurch Bedürfnisse nicht erfassen. Eine Möglichkeit stellt diesbezüglich auch eine wöchentliche Familienkonferenz dar (Largo, 2009). Die Betrachtung der Familie als System setzt den Fokus auf alle Familienmitglieder und gibt jedem Einzelnen seinen Platz (Wright & Leahey, 2009). Das Herstellen einer Balance zwischen den verschiedenen Bedürfnissen setzt das Gespräch und das Wissen der Bedürfnisse der anderen Familienmitglieder voraus. Das CFAM fördert diese Ausgangslage.

**Unterstützung:** Drei Studien greifen dieses Bedürfnis auf (Forrest et al., 2009; Helseth & Ulfsaet, 2005; Houldin, 2007). Wenn Eltern das Gefühl haben, nicht mehr weiter zu wissen, brauchen sie Hilfe von aussen. Häufig sind dies als erster Anlaufpunkt familiennahe Menschen. So wird aus der Studie (Forrest et al., 2009) deutlich, dass dies häufig Grosseltern sind. Aus der gleichen Studie geht ebenfalls hervor, dass die Väter den psychologischen Dienst auf keinen Fall in Anspruch nehmen wollen. Vielmehr ziehen sie eine Unterstützung durch das Pflegefachpersonal oder die Krankenhausärzte in Betracht. Diese Aussagen verdeutlichen den Stellenwert, den das Pflegefachpersonal innehat und was von ihnen erwartet wird. Drei der

fünf analysierten Studien empfehlen die systematische Erfassung der Bedürfnisse (Forrest et al., 2009; Helseth & Ulfsaet, 2005; Houldin, 2007). Das CFAM könnte dieser Notwendigkeit Rechnung tragen.

Kennedy und Lloyd-Williams (2009) zeigen zudem auf, dass gerade Kinder das Pflegefachpersonal als mögliche Informationspartner in Betracht ziehen, weil sie auf die Kinder vertrauenswürdig wirken. Eine Ausgangslage, welche in der familienzentrierten Pflege als Chance angesehen werden kann.

## 5.2 Synthese

Als Präambel für die Synthese dienen die sieben Bedürfniskategorien, welche anhand der fünf kritisch analysierten Studien dargestellt werden konnten und das CFAM (Wright & Leahey, 2009). In Tabelle 5 ist von der Autorin ein Fragenkatalog ausgearbeitet worden, um die spezifischen Bedürfnisse von Familien mit minderjährigen Kindern erfassen zu können.

Die Fragen gemäss Tabelle 5 können einerseits im CFAM eingebettet sein und im Anschluss an das Geno- und Ökogramm gestellt werden. Andererseits können die Fragen auf den ganzen Pflegeprozess ausgeweitet werden.

Tabelle 5: Fragenkatalog

Bedürfniskategorie	Mögliche Fragen
<b>Bedürfnis nach Information und Kommunikation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn Sie einverstanden sind, würden wir es begrüßen, wenn bereits beim Pflegeanamnesegespräch Ihre Familie mit dabei sein könnte?</li> <li>• Wen möchten Sie mit einbeziehen?</li> <li>• Wen möchten Sie dabei haben, wenn Sie Ihren minderjährigen Kindern von der Krebsdiagnose berichten und wie können wir Sie dabei unterstützen?</li> <li>• Was wissen Sie, Ihre Familie und die minderjährigen Kinder über Erkrankung, Therapie oder Verlauf der Erkrankung?</li> <li>• Welche Informationsquellen sind für Sie und Ihre Familie wichtig?</li> <li>• Was brauchen Sie, Ihre Familie und die minderjährigen Kinder sonst noch an Informationen?</li> </ul>
<b>Bedürfnis nach emotionaler Sicherheit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie geht es Ihnen im Moment?</li> <li>• Wer von Ihnen ist am stärksten aufgewühlt durch die Krebsdiagnose? Wie stark beschäftigt Sie die Erkrankung (Schlaf, Arbeit)?</li> </ul>

- Was denken Sie und Ihr Ehemann, Ihre Ehefrau, Ihr Partner, welche Unterstützung Ihrerseits Ihren minderjährigen Kindern gut tut?
- Welches sind Ihre und welches sind die zentralen Anliegen Ihrer Familie mit den minderjährigen Kindern während des Aufenthaltes auf der medizinisch onkologischen Abteilung?
- Was ist die grösste Herausforderung für Ihre Familie im Hinblick auf den Krankenhausaustritt?
- Was brauchen Sie und Ihre Familie sonst noch, was glauben Sie würde Ihnen gut tun?

**Bedürfnis nach ehrlichen Emotionen**

- Was belastet Sie und Ihre Familie im Moment am meisten?
- Was macht Ihnen, Ihrer Familie und den minderjährigen Kindern am meisten Sorgen?
- Was denken Sie, wie reagieren Ihre minderjährigen Kinder, wenn Sie ihnen von der Krebsdiagnose erzählen?
- Welche emotionalen Auswirkungen hat die Krankheit auf Ihre Beziehung als Paar, auf Ihr Familienleben?
- Woran merkt Ihr Ehemann, Ihre Ehefrau, Ihr Partner, dass Sie müde, traurig oder deprimiert sind?
- Welche Krisen haben Sie, die Familie und die minderjährigen Kinder bereits früher durchstehen müssen und welche Gefühle kamen dabei zum Vorschein?
- Wie sind Sie, die Familie und die minderjährigen Kinder damals mit den Herausforderungen umgegangen und was löste es aus?

**Bedürfnis nach Alltag und Erfüllung der verschiedenen Rollen**

- Welche Auswirkung hat diese Zeit während des Spitalaufenthaltes ihres Mannes, ihrer Frau, ihres Partners auf Sie und die minderjährigen Kinder in Bezug auf Haushalt, Schule, Arbeit und Hobbys?
- Welche Veränderungen hat es innerhalb des Familienalltags zur Folge?
- Wie sieht ein Tag bei Ihnen zuhause aus, während der Vater, die Mutter oder der Partner im Spital ist?
- Wie gehen Sie mit der zusätzlichen Belastung um?
- Was machen Ihre adoleszenten Kinder in der Freizeit?
- Wie stellen Sie sich die Alltagsroutine nach dem Spitalaufenthalt vor?

**Bedürfnis nach Normalität und Wohlbefinden der Kin-**

- Wie hat sich der Alltag vor und während des Spitalaufenthaltes für die minderjährigen Kinder verändert?



<b>der</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Woran merken Ihre minderjährigen Kinder, dass der Vater, die Mutter oder der Partner im Spital ist?</li><li>• Was denken Sie, was fehlt den minderjährigen Kindern am meisten, wenn der Vater, die Mutter oder der Partner im Spital ist?</li><li>• Wie wird der Alltag zuhause mit den minderjährigen Kindern in den nächsten Wochen aussehen?</li></ul>
<b>Bedürfnis nach Ausgleich der verschiedenen Bedürfnisse</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Was glauben Sie braucht Ihr Ehemann, Ihre Ehefrau, der Partner, was brauchen Ihre minderjährigen Kinder und was brauchen Sie?</li><li>• Was denken Sie, wie geht es Ihren minderjährigen Kindern?</li><li>• Was machen Sie, Ihre Familie und die minderjährigen Kinder in der Freizeit?</li><li>• Was machen Sie für Ihre Erholung?</li><li>• Wie stellen Sie sicher, dass die verschiedenen Bedürfnisse mitgeteilt und untereinander abgesprochen werden?</li></ul>
<b>Bedürfnis nach Unterstützung</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Was denken Sie und Ihre Familie darüber, wie könnten andere Menschen Sie in dieser Zeit unterstützen?</li><li>• Welche Aufgaben würden Sie und Ihre Familie am liebsten delegieren?</li><li>• Wen möchten Sie als Unterstützung in Ihrer Nähe haben?</li><li>• Mit wem würden Sie am liebsten über Ihre Sorgen und Ängste sprechen?</li><li>• Welche Bezugspersonen/welches professionelle Helfernetz würden Sie und Ihre Familie gerne um sich haben und in Anspruch nehmen?</li></ul>

Die Fragen sind als Vorschlag zu verstehen, sind nicht validiert und als unvollständig anzusehen. Sie stellen eine Grundlage dar für die weitere Entwicklung eines Familienassessments im Akutspital, um die spezifischen Bedürfnisse von Familien mit minderjährigen Kindern, welche ein krebserkranktes Elternteil haben, zu erfassen.

### **5.3 Erfassung der Bedürfnisse mit CFAM auf einer medizinisch-onkologischen Abteilung**

Das Pflegefachpersonal ist im Umgang mit einer elterlichen Krebserkrankung gefordert. Eine systemische Sichtweise und der Einbezug der Familie mit den minderjährigen Kindern sind sinnvoll. Damit wird eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Patient, Familie und Pflegefachpersonal erreicht.

Die Durchführung des Assessments ermutigt die Patienten und ihre Familien, sich gemeinsam an einen Tisch zu setzen (Wright & Leahey, 2009). Die Darstellung

des Geno- und Ökogramms machen Ressourcen in der Familie erkennbar. Durch die Fragen gemäss Tabelle 5 hören die Familienmitglieder voneinander, was der andere denkt, fühlt und braucht. Es kann ein Prozess in Gang gesetzt werden. Durch das Gespräch und das Zuhören wird eine Vertrauensebene geschaffen. Die Familien werden angeregt zu handeln, denn sie sind die Experten in ihrer individuellen Situation. Sie erfahren, dass sie über ihr eigenes Schicksal bestimmen können und in ihrer Selbsthilfefähigkeit unterstützt werden. Diese Unterstützung kann durch das Pflegefachpersonal erfolgen, indem es Stärken der Familie anerkennt und wertschätzt, die Familien ermutigt, die Krankengeschichte zu erzählen oder die emotionalen Reaktionen normalisiert. Die Familien werden handlungsfähig und können eine präzisere, auf ihre Bedürfnisse abgestimmte Planung vornehmen.

Der Übergang von CFAM ins CFIM wird hier erkennbar und ist fließend. Im Anhang G beschreibt die Autorin, in Anlehnung an die sieben Bedürfniskategorien und die Interventionen des CFIM (Wright & Leahey, 2009), weitere Interventionen.

Die Betroffenheit, hervorgerufen durch die elterliche Krebserkrankung, kann mit dem Modell nicht ungeschehen gemacht werden. Es stellt jedoch eine Möglichkeit zur Bewältigung dar, um mit der Krebserkrankung leben zu können und im Leben wieder Sinn und Vertrauen zu finden.

Dennoch ist darauf hinzuweisen, dass die Anwendung des CFAM durch das Pflegefachpersonal nicht immer ausreicht, einen Patienten mit seiner Familie genügend zu unterstützen (Wright & Leahey, 2009). Wenn beispielsweise Anzeichen von unüberbrückbaren Differenzen, mangelnder Unterstützung oder körperlicher Gewalt in der Familie vorhanden sind, müssen entsprechende Fachdisziplinen eingeschaltet werden.

## 6 Schlussfolgerung

### 6.1 Rückbezug der Fragestellung auf das Ziel und offene Fragen

Es konnten sieben Bedürfniskategorien identifiziert werden, wobei zwei Ebenen unterschieden werden können. Einerseits werden die Ebene der Einzelbedürfnisse und andererseits die Ebene der Familienbedürfnisse beschrieben. Sechs der sieben Bedürfniskategorien decken die Einzelbedürfnisse der Familienmitglieder ab. In der Bedürfniskategorie „Ausgleich der verschiedenen Bedürfnisse“ ist die Familie als System gemeint.

Was bedeutet dieses Ergebnis? Die Autorin geht von zwei Aspekten aus:

- Momentan entspricht das Resultat dem Stand der Forschung. Die Forschung weist Lücken in Bezug auf Familienbedürfnisse auf.
- Die Erfassung der Familienbedürfnisse ist anspruchsvoll, weil nebst den einzelnen Familienmitgliedern auch die Familie als System betrachtet werden muss. Dies stellt eine besondere Herausforderung dar.

Verglichen mit Grbich et al. (2001) werden nicht alle möglichen Bedürfnisse von Familien mit Krebs genannt.

- „Praktische Unterstützung bei Pflege“ wurde in keiner der ausgewählten Studien erwähnt.
- Das Bedürfnis „finanzielle Fragen“ wurde nur von Houldin (2007) kurz angeschnitten.

Unbeantwortet bleibt auch die Frage, wie Kinder in den verschiedenen Altersstufen informiert werden sollen.

Zudem gibt es Aspekte in der Methodik, welche die Ergebnisse verzerrt haben können: Die Literaturrecherche beschränkte sich auf englisch- und deutschsprachige Studien; das Zeitfenster der Studienpublikationen wurde auf die letzten zehn Jahre eingegrenzt, und die ausgewählten Suchbegriffe haben die Suche massgeblich gesteuert. Daraus ableiten lassen sich mögliche Sprach-, Publikations- und Selektions-Bias\*.

Bietet das CFAM eine Möglichkeit, die Familienbedürfnisse zu erfassen, ohne bei der Einzelbedürfniserfassung zu verharren? Die Frage kann bejaht werden, da

die Patienten mit ihren selbstdefinierten Familien eingeladen werden, an den Familiengesprächen teilzunehmen.

Gleichzeitig kann die Erkenntnis gewonnen werden, dass das Assessment eine bedeutende Intervention in der familienzentrierten Pflege darstellt (Preusse-Bleuler, 2012; Wright & Leahey, 2009). Die Familien erkennen im Geno- und Ökogramm Ressourcen. Durch das Erkennen der Ressourcen können diese genutzt werden, Wertschätzung und Anerkennung ausgesprochen werden. Die Fragen, welche allen Familienmitgliedern gestellt werden, befähigen die Familien, selbstwirksam zu handeln.

## **6.2 Empfehlung an die Praxis**

Dem Umstand, dass Familien mit minderjährigen Kindern unterschiedliche Bedürfnisse haben, kann durch eine systematische Bedürfniserfassung Rechnung getragen werden. So wird der Problematik begegnet, dass Bedürfnisse unentdeckt bleiben, weil sie nicht geäußert wurden oder nicht nach ihnen gefragt wurde.

Das „Calgary family model“ kann als eine umfangreiche Handlungsanleitung für das Pflegefachpersonal einer medizinisch-onkologischen Abteilung betrachtet werden, welche sowohl Einzel- wie auch Familienbedürfnisse erfasst.

Die Einführung dieses Erfassungsinstrumentes könnte von Pflegefachpersonal mit einer Zusatzausbildung in Familienedukation geplant, geschult und begleitet werden.

Das beschriebene Modell muss erlernt, geübt und dann gekonnt eingesetzt werden. Regelmässige Fallbesprechungen und Weiterbildungen in Kommunikationstechniken unterstützen das Erlernen des Modells. Als Grundvoraussetzung sollte die Bereitschaft des Pflegefachpersonals vorhanden sein, sich mit den Grundzügen einer familienzentrierten Pflege auseinander zu setzen und die Familie als bedeutenden Partner zu betrachten.

Das „Calgary family model“ stellt eine in der Schweiz anerkannte und in verschiedenen Spitälern praktizierte Handlungsanweisung dar. Angesichts der Sparmassnahmen im Gesundheitswesen könnte durch die Nutzung des Assessments auf bestehende Erfahrungswerte und Ressourcen zurückgegriffen werden.

#### **6.4 Ausblick**

Die möglichen Fragen gemäss Tabelle 5 müssen kritisch evaluiert und geprüft werden, ob sie die Bedürfnisse von Familien mit minderjährigen Kindern adäquat erfassen. Zusätzlich sollen ressourcenorientierte Fragestellungen im Zusammenhang mit dem Geno- und Ökogramm berücksichtigt und herausgearbeitet werden.

Das von der Autorin zusammengestellte Informationsblatt, mit einem kurzen Überblick des „Calgary family model“ inklusive dem Fragenkatalog, ist im Anhang H vorzufinden und stellt eine mögliche Handlungsanleitung für das Pflegefachpersonal einer medizinisch-onkologischen Abteilung dar. *(7933 Wörter)*

## Verzeichnisse

### Literaturverzeichnis<sup>7</sup>

- Bartholomeyczik, S. (2009). *Assessmentinstrumente in der Pflege*. Hannover: Schlütersche.
- Beaver, K. & Witham, G. (2007). Information needs of the informal carers of women treated for breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 11(1), 16-25. doi: S1462-3889(06)00032-9 [pii]10.1016/j.ejon.2006.01.006
- Behrens, J. & Langer, G. (2006). *Evidence-based nursing and caring: interpretativ-hermeneutische und statistische Methoden für tägliche Pflegeentscheidungen; vertrauensbildende Entzauberung der "Wissenschaft"* (2. ed.). Bern: Huber.
- Brockhaus. (2005-2006). Die Enzyklopädie in 30 Bänden. Retrieved from [https://12478.lip.e-content.duden-business.com/lip-suche/-/lip\\_article/B24/22046705](https://12478.lip.e-content.duden-business.com/lip-suche/-/lip_article/B24/22046705)
- Bundesamt für Statistik [BFS]. (2011). Krebs in der Schweiz Stand und Entwicklung von 1983 bis 2007. Retrieved 24.10.2011, from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=4241>
- Chen, S., Tsai, M., Liu, C., Yu, W., Liao, C. & Chang, J. (2009). Support Needs of Patients With Oral Cancer and Burden to Their Family Caregivers. *Cancer Nursing*, 32(6), 473-481.
- Coyne, E., Wollin, J. & Creedy, D. K. (2011). Exploration of the family's role and strengths after a young woman is diagnosed with breast cancer: Views of women and their families. *European Journal of Oncology Nursing*, xxx(xxx), 7. doi: S1462-3889(11)00079-2 [pii]10.1016/j.ejon.2011.04.013
- Daly, B. J., Douglas, S., Lipson, A. & Foley, H. (2009). Needs of older caregivers of patients with advanced cancer. *Journal of The American Geriatrics Society*, 57 Supplement 2, 293-295. doi: JGS2516 [pii]10.1111/j.1532-5415.2009.02516.x

---

<sup>7</sup> Dieses Literaturverzeichnis wurde mit EndNote X4 (APA 6th) erstellt.

- Deutsches Krebsforschungszentrum [dkfz]. (2011). Angehörige und Freunde: Helfen und helfen lassen. Retrieved 15.9.2011, from <http://www.krebsinformationsdienst.de/leben/krankheitsverarbeitung/angehoerige.php>
- Duden. (2003). Das grosse Wörterbuch der deutschen Sprache in 10 Bänden. Retrieved from [https://12478.lip.e-content.duden-business.com/lip-suche/-/lip\\_article/felix/2004709](https://12478.lip.e-content.duden-business.com/lip-suche/-/lip_article/felix/2004709)
- Duden. (2010). Recht A-Z Fachlexikon für Studium, Ausbildung und Beruf. Retrieved from [https://12478.lip.e-content.duden-business.com/lip-suche/-/lip\\_article/drecht/14062403](https://12478.lip.e-content.duden-business.com/lip-suche/-/lip_article/drecht/14062403)
- Eicher, M. & Marquard, S. (2008). *Brustkrebs, Lehrbuch für Breast Care Nurses, Pflegende und Gesundheitsberufe* (1. ed.). Bern: Huber.
- Fasciano, K. M., Berman, H., Moore, C., DeFrino, B., Jameson, R., Kennedy, V. & Golant, M. (2007). When a parent has cancer: a community based program for school personnel. *Psychooncology*, 16(2), 158-167. doi: 10.1002/pon.1148
- Forrest, G., Plumb, C., Ziebland, S. & Stein, A. (2009). Breast cancer in young families: a qualitative interview study of fathers and their role and communication with their children following the diagnosis of maternal breast cancer. *Psychooncology*, 18(1), 96-103. doi: 10.1002/pon.1387
- Gagnon, B., Mayo, N. E., Hanley, J. & MacDonald, N. (2004). Pattern of Care at the End of Life: Does Age Make a Difference in What Happens to Women With Breast Cancer? [Original Report]. *Journal of clinical Oncology*, 22(17), 8.
- Gehring, M., Kean, S., Hackmann, M. & Büscher, A. (2001). *Familienbezogene Pflege* (1. ed.). Bern: Huber.
- Grbich, C. F., Maddocks, I. & Parker, D. (2001). Family caregivers, their needs, and homebased palliative cancer services. *Journal of Family Studies*, 7(2), 171-188.
- Häcker, H. O. & Stapf, K. H. (2004). *Dorsch Psychologisches Wörterbuch* (14. ed.). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Hanson, S. M. & Heims, M. L. (1992). Family nursing curricula in U.S. schools of nursing. *Journal of Nursing Education*, 31(7), 303-308.

- Helseth, S. & Ulfsaet, N. (2005). Parenting experiences during cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 52(1), 38-46. doi: JAN3562 [pii]10.1111/j.1365-2648.2005.03562.x
- Houldin, A. D. (2007). A qualitative study of caregivers' experiences with newly diagnosed advanced colorectal cancer. *Oncology nursing Forum*, 34(2), 323-330. doi: C985497047376462 [pii]10.1188/07.ONF.323-330
- Interpharma. (2011). Das Gesundheitswesen in der Schweiz. Retrieved 20.1.2012, from [http://www.interpharma.ch/de/pdf/GWS\\_2011\\_d.pdf](http://www.interpharma.ch/de/pdf/GWS_2011_d.pdf)
- Janda, M., Steginga, S., Dunn, J., Langbecker, D., Walker, D. & Eakin, E. (2008). Unmet supportive care needs and interest in services among patients with a brain tumour and their carers. *Patient Education and Counseling*, 71(2), 251-258. doi: S0738-3991(08)00070-0 [pii]10.1016/j.pec.2008.01.020
- Kearney, M. H. (2001). Levels and applications of qualitative research evidence. *Research in Nursing & Health*, 24(2), 145-153. doi: 10.1002/nur.1017 [pii]
- Kennedy, V. L. & Lloyd-Williams, M. (2009). Information and communication when a parent has advanced cancer. *Journal of Affective Disorders*, 114, 149-155.
- Krebsliga Schweiz. (2011). Gemeinsam gegen Krebs. Retrieved 15.9.2011, from <http://www.krebsliga.ch/de/>
- Largo, R. H. (2009). *Kinderjahre: die Individualität des Kindes als erzieherische Herausforderung* (18. ed.). München: Piper.
- Largo, R. H. (2010). *Babyjahre: Entwicklung und Erziehung in den ersten vier Jahren* (2. ed.). München: Piper.
- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J. & Westmorland, M. (2007). Critical Review form - Qualitative Studies (Version 2.0). Retrieved 1.12.2011, from [http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/qualreview\\_version2.0.pdf](http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/qualreview_version2.0.pdf)
- Lewis, F. M. (2006). The effects of cancer survivorship on families and caregivers. More research is needed on long-term survivors. *American Journal of Nursing*, 106(3 Supplement), 20-25. doi: 00000446-200603003-00008 [pii]
- Lewis, F. M. (2011). Conversations for Family & Caregivers. Retrieved 13.1.2012, from



[http://www.fhcrc.org/patient/2011reunion/docs/Conversations\\_for\\_Family %26\\_Caregivers.pdf](http://www.fhcrc.org/patient/2011reunion/docs/Conversations_for_Family_%26_Caregivers.pdf)

- Lindholm, L., Makela, C., Rantanen-Siljamaki, S. & Nieminen, A. L. (2007). The role of significant others in the care of women with breast cancer. *International Journal of Nursing Practice*, 13(3), 173-181. doi: IJN623 [pii]10.1111/j.1440-172X.2007.00623.x
- Lindholm, L., Rehnsfeldt, A., Arman, M. & Hamrin, E. (2002). Significant others' experience of suffering when living with women with breast cancer. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(3), 248-255. doi: 093 [pii]
- LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2005). *Pflegeforschung : Methoden, Bewertung, Anwendung* (2. ed.). München: Urban & Fischer.
- Margulies, A., Fellingner, K., Kroner, T. & Gaisser, A. (2006). *Onkologische Krankenpflege* (4. ed.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Mason, T. M. (2008). Wives of Men With Prostate Cancer Postbrachytherapy. *Cancer Nursing*, 31(1), 32-37.
- Metzing, S. & Schnepf, W. (2007). Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige: Wer sie sind und was sie leisten. Eine internationale Literaturstudie (1990-2006). *Pflege*, 20, 323-330.
- Metzing, S. & Schnepf, W. (2008). Young carers in Germany: to live on as normal as possible - a grounded theory study. *BioMed Central*, 7(15), 1-9.
- National Cancer Institut. (2008). Cancer Research UK, Cancerstatistics, incidence, age. Retrieved 18.11.2011, from <http://info.cancerresearchuk.org/cancerstats/incidence/age/#Trends>
- Navarra, S. (2005). Psychosoziale Onkologie in der Schweiz. Schlussbericht (pp. 1-98). Bern: Krebsliga Schweiz.
- Northouse, L. (2005). Helping families of patients with cancer. *Oncology nursing Forum*, 32(4), 743-750. doi: 10.1188/04.ONF.743-750
- Osborn, T. (2007). The psychosocial impact of parental cancer on children and adolescents: a systematic review. *Psychooncology*, 16(2), 101-126. doi: 10.1002/pon.1113

- Oxman, A. D., Cook, D. J. & Guyatt, G. H. (1994). Users' guides to the medical literature. VI. How to use an overview. Evidence-Based Medicine Working Group. *The Journal of the American Medical Association*, 272(17), 1367-1371.
- Pfeifer, B., Preiss, J. & Unger, C. (2006). *Onkologie integrativ. Konventionelle und komplementäre Therapie* (1. ed.). München: Elsevier GmbH.
- Preusse-Bleuler, B. (2008). *Familienzentrierte Pflege. Handbuch zum Film*. Bern: Lindenhof Schule Spital.
- Preusse-Bleuler, B. (2010). *Pflegeforschung*. [Vorlesung]. Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften [ZHAW], Winterthur.
- Preusse-Bleuler, B. (2012). *Assessment von Familien*. [Vorlesung]. Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften [ZHAW], Winterthur.
- Rauch, P. K. & Muriel, A. C. (2004). The importance of parenting concerns among patients with cancer. *Critical Review in Oncology Hematology*, 49(1), 37-42. doi: S1040842803000957 [pii]
- Schaffer, S. (2004). Artikel kritisch lesen. Retrieved 1.12.2011, from <http://www.ebn.at/cms/beitrag/10047599/1486478/>
- Schmid-Buchi, S., van den Borne, B., Dassen, T. & Halfens, R. J. (2010). Factors associated with psychosocial needs of close relatives of women under treatment for breast cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 20(7-8), 1115-1124. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03376.x
- Shields, L., Pratt, J. & Hunter, J. (2006). Family centred care: a review of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1317-1323.
- Speice, J., Harkness, J., Laneri, H., Frankel, R., Roter, D., Kornblith, A. B., . . . Holland, J. C. (2000). Involving family members in cancer care: focus group considerations of patients and oncological providers. *Psychooncology*, 9(2), 101-112. doi: 10.1002/(SICI)1099-1611(200003/04)9:2<101::AID-PON435>3.0.CO;2-D [pii]
- Stein, F. (2001). *Amazonen. Krüppel. Weib. Steinwürfe gegen Krebs*. Muri bei Bern: Cosmos.
- Stenberg, U., Ruland, C. M. & Miaskowski, C. (2010). Review of the literature on the effects of caring for a patient with cancer. *Psychooncology*, 19(10), 1013-1025. doi: 10.1002/pon.1670

- Taylor, E. J. (2006). Prevalence and associated factors of spiritual needs among patients with cancer and family caregivers. *Oncology nursing Forum*, 33(4), 729-735. doi: 10.1188/06.ONF.729-735
- Watzlawick, P., Beavin Bavelas, J. & Jackson, D. (1967). *Pragmatics of human communication*. New York: W.W. Norton & Company.
- Werner, E. (1992). The children of Kauai: resiliency and recovery in adolescence and adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 13(4), 262-268.
- World Health Organisation [WHO]. (2010). Chronic diseases. Retrieved 1.10.2011, from [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/en/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/)
- World Health Organization [WHO]. (1998). Gesundheit21. Retrieved 2.11.2011, from [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0009/109287/wa540ga199heger.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/109287/wa540ga199heger.pdf)
- Wright, L. M. & Leahey, M. (2005). *Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention*. (4. ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Wright, L. M. & Leahey, M. (2009). *Familienzentrierte Pflege: Lehrbuch für Familien-Assessment und Interventionen* (1. ed.). Bern: Huber.

### **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Familienassessmentbaum

Abbildung 2: Genogramm

Abbildung 3: Geno-, Ökogramm

### **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Operationalisierung der Fragestellung

Tabelle 2: Merkmale/Begriffe der Krebserkrankung aus Margulies et al.(2006) und Pfeifer et al. (2006)

Tabelle 3: Übersicht der Studienanalysen

Tabelle 4: Stärken und Schwächen der Studien

Tabelle 5: Fragenkatalog

## Glossar

Begriff	Definition/Erklärung	Quelle
Abstract	„Kurze Zusammenfassung einer Studie.“	(LoBiondo-Wood & Haber, 2005, p. 777)
Assessment	„Der Begriff Pflegeassessment (Assessment – englisch für Beurteilung, Einschätzung, Bewertung) beschreibt [...] Methoden innerhalb der professionellen Pflege um pflegerelevante Variablen und Phänomene hinsichtlich ihrer Qualität, ihres Erfolges oder anderer Schwerpunkte zu beurteilen und die nachfolgende Handlung zu initiieren und dem aktuellen Pflegebedarf anzupassen.[...]. Es kann [...] eine objektive Einschätzung des jeweiligen Ist-Zustandes ermittelt werden.[...]“	<a href="http://de.wikipedia.org/wiki/Pflegeassessment">http://de.wikipedia.org/wiki/Pflegeassessment</a>
Beobachtungsstudie	„Als Beobachtungsstudie bezeichnet man meistens eine patientenbezogene Datenerhebung im Gesundheitsbereich, z. B. über den regulären Einsatz von Medikamenten in Therapien. Bei Beobachtungsstudien werden keine Experimente und keine zusätzlichen Untersuchungen durchgeführt. Sie werden meist als rein explorative Studien angelegt, zum Generieren von Hypothesen, oder auch – eingeschränkt – zum Abschätzen der Gültigkeit von Hypothesen. Da eine Beobachtungsstudie stets eine nicht-interventionelle Studie ist, hat sie eine geringere Aussagekraft als eine randomisierte klinische Studie.“	<a href="http://de.wikipedia.org/wiki/Beobachtungsstudie">http://de.wikipedia.org/wiki/Beobachtungsstudie</a>
Bias	„Systemischer Fehler im Studiendesign, der die Ergebnisse der Studie in eine falsche Richtung beeinflussen kann, so dass die Ergebnisse der Untersuchung stark vom wahren Wert abweichen können. Z.B. Selektionsbias [...]. Einen Bias kann man nicht völlig vermeiden, man sollte ihn aber so weit wie möglich reduzieren.“	(Behrens & Langer, 2006, p. 305)
Boolesche Operatoren	„Diese nach dem englischen Mathematiker und Begründer der Mengenlehre George Boole benannten logischen Verknüpfungsmöglichkeiten heissen: AND, OR oder NOT. Sie werden zur Verknüpfung	<a href="http://elearning.zhaw.ch/moodle/mod/resource/view.php?id=224138">http://elearning.zhaw.ch/moodle/mod/resource/view.php?id=224138</a>

	von verschiedenen Begriffen benutzt. Abhängig vom eingesetzten Operator entsteht eine Schnitt-, Vereinigungs- oder Differenzmenge.“	
CINAHL	Abkürzung für Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature. (Datenbank Pflege- und Gesundheitsberufe)	<a href="http://elearning.zhaw.ch/moodle/mod/resource/view.php?inpopup=true&amp;id=224138">http://elearning.zhaw.ch/moodle/mod/resource/view.php?inpopup=true&amp;id=224138</a>
Cochrane Library	Datenbank mit Reviews, welche die Resultate von führenden medizinischen Studien enthalten (evidence-based health care).	<a href="http://www.kfh.ch/index.cfm?nav=10&amp;pg=23&amp;id=5&amp;CFID=802130&amp;CFTOKEN=73783245">http://www.kfh.ch/index.cfm?nav=10&amp;pg=23&amp;id=5&amp;CFID=802130&amp;CFTOKEN=73783245</a>
deskriptiv	lateinisch describere „beschreiben“	(Duden, 2003)
Distress	„[...]negativer Stress, sog. Ungesunder Stress; versetzt den Körper langfristig in Dauerbereitschaft zu Kampf od. Flucht; Entstehung durch ungenügende Anpassung des Körpers an Belastungen od. inf. Diskrepanz zwischen Anforderungen u. subjektiven Bewältigungsstrategien; kann zur Entstehung von Erkrankung (besonders psychische Störungen) führen [...]“	<a href="http://www.wdg.psychyrembel.de/">http://www.wdg.psychyrembel.de/</a>
DRG	„Diagnosis Related Groups bezeichnen ein ökonomisch-medizinisches Klassifikationssystem, mit dem Leistungen an Patienten anhand der Haupt- und Nebendiagnosen für den einzelnen Behandlungsfall und der fallbezogen durchgeführten Behandlungen in Fallgruppen klassifiziert werden. [...] Die festgestellten DRG, mit Haupt- und Nebenklassen, werden vom Leistungsträger zum Kostenträger als Abrechnungsgrundlage gemeldet. [...]“	<a href="http://de.wikipedia.org/wiki/Diagnosebezogene_Fallgruppen">http://de.wikipedia.org/wiki/Diagnosebezogene_Fallgruppen</a>
Evidenz	„Der Begriff „Evidenz“ im Kontext der Evidenzbasierten Medizin leitet sich vom englischen Wort „evidence“ = Nach-, Beweis ab und bezieht sich auf die Information aus klinischen Studien, die einen Sachverhalt erhärten oder widerlegen.“	<a href="http://www.cochrane.de/de/glossary.htm?versi...">http://www.cochrane.de/de/glossary.htm?versi...</a>
explorativ	Tätigkeiten, die mit der Erkundung zusammenhängen	(Duden, 2003)
Grounded theory	„Induktive Theorie, die auf der Basis von Beobachtungen der Lebenswelt einer ausgewählten Gruppe von Menschen aufbaut.“	(LoBiondo-Wood & Haber, 2005, p. 783)

Güte	<p>„[...] bei empirischen Untersuchungen [unterscheidet man] drei Hauptkriterien: Objektivität, Reliabilität und Validität.“</p> <p>Objektivität=ein Untersuchungsergebnis ist nicht beeinflusst von der Durchführung, der Auswertung und Interpretation vom Untersuchungsleiter.</p> <p>Reliabilität= Zuverlässigkeit einer Messmethode</p> <p>Validität= Gültigkeit. Grad der Genauigkeit mit dem eine Untersuchung das erfasst, was sie erfassen soll (z.B. Persönlichkeitsmerkmale, Verhaltensweisen)</p>	<p><a href="http://arbeitsblaetter.stangl-tal-ler.at/FORSCHUNGSMETHODEN/Guetekriterien.shtml">http://arbeitsblaetter.stangl-tal-ler.at/FORSCHUNGSMETHODEN/Guetekriterien.shtml</a></p>
Medline	<p>„Datenbank der National Library of Medicine (USA): Klinische Medizin, Anatomie und Physiologie, Pharmakologie und Pharmazie, Zahnmedizin, Psychologie und Psychiatrie, Gesundheitswesen.“</p>	<p><a href="http://www.kfh.ch/index.cfm?nav=10&amp;pg=23&amp;id=5&amp;CFID=802130&amp;CFTOKEN=73783245">http://www.kfh.ch/index.cfm?nav=10&amp;pg=23&amp;id=5&amp;CFID=802130&amp;CFTOKEN=73783245</a></p>
MeSH	<p>„Der Thesaurus MeSH (Medical Subject Headings), der von der National Library of Medicine (NLM), USA erstellt und laufend gepflegt wird, ist das meistgenutzte kontrollierte Vokabular im Bereich Medizin. Viele medizinische Bibliotheken, darunter auch die ZHAW Bibliothek Gesundheit, und medizinische Literaturdatenbanken wie Medline und Cochrane Library benutzen MeSH zur Erschließung der Dokumente!“</p>	<p><a href="http://elearning.zhaw.ch/moodle/mod/resource/view.php?inpopup=true&amp;id=224147">http://elearning.zhaw.ch/moodle/mod/resource/view.php?inpopup=true&amp;id=224147</a></p>
Pflegeprozess	<p>„Als Pflegeprozess wird in der professionellen Pflege eine systematische Arbeitsmethode zur Erfassung, Planung, Durchführung und Evaluation pflegerischer Maßnahmen bezeichnet. [...]“</p>	<p><a href="http://de.wikipedia.org/wiki/Pflegeprozess">http://de.wikipedia.org/wiki/Pflegeprozess</a></p>
Population	<p>„Eine klar definierte Gruppe mit bestimmten, spezifizierten Eigenschaften. [...]“</p>	<p>(LoBiondo-Wood &amp; Haber, 2005, p. 379)</p>
PsycInfo	<p>„PsycINFO enthält Nachweise der internationalen Literatur zur Psychologie sowie zu psychologierelevanten Gebieten von Medizin, Psychiatrie, Krankenpflege [...] Suchbar sind bibliografische Angaben, Deskriptoren und Abstracts“</p>	<p><a href="http://www.dimdi.de/static/de/db/dbinfo/pi67.htm">http://www.dimdi.de/static/de/db/dbinfo/pi67.htm</a></p>
Qualitative Studie	<p>„Qualitative Forschung. Die Erforschung von Fragen bezüglich menschlicher Erfahrungen. Sie wird oft in natürlichen Settings durchgeführt und arbeitet</p>	<p>(LoBiondo-Wood &amp; Haber, 2005, p. 793)</p>

	mit Daten, die eher aus Worten und Texten als aus Zahlen bestehen, um die zu untersuchenden Erfahrungen zu beschreiben.“	
Querschnittstudie	„Nicht-experimentelles Forschungsdesign, bei dem die Daten zu einem bestimmten Zeitpunkt, d.h. in der unmittelbaren Gegenwart, untersucht werden.“	(LoBiondo-Wood & Haber, 2005, p. 794)
Saturation	Datensättigung „Untersuchungsteilnehmer werden so lange in die Stichprobe aufgenommen, bis Datensättigung eintritt (d.h. im Prozess der Datensammlung ergeben sich keine neuen Informationen mehr).“	(LoBiondo-Wood & Haber, 2005, p. 403)
Schneeballsuche	„Bei der Schneeballsuche werden hauptsächlich die Literaturangaben aus relevanten Aufsätzen und Fachbüchern verwendet. Die Suche beginnt mit einem relevanten Titel [...]. Die Literaturangaben dieser Publikation werden durchgesehen und die evtl. geeigneten Titel beschafft. In diesen Titeln gibt es weitere Literaturangaben, die recherchiert und besorgt werden usw.“	<a href="http://i-literacy.e-learning.imb-uni-augsburg.de/node/660">http://i-literacy.e-learning.imb-uni-augsburg.de/node/660</a>
Systematische Review	„Eine Systematische Übersichtsarbeit, auch systematic review (engl.), ist eine Literaturübersicht, die zu einem bestimmten Thema durch geeignete Methoden versucht, alles verfügbare Wissen zu sammeln, zusammenzufassen und zu bewerten. [...]“	<a href="http://de.wikipedia.org/wiki/Systematische_%C3%9Cbersichtsarbeit">http://de.wikipedia.org/wiki/Systematische_%C3%9Cbersichtsarbeit</a>
Systemischer Ansatz	Erklärung der Systemtheorie in Anlehnung an das Modul: Familienassessment „Das Familiensystem ist Teil größerer Systeme und setzt sich aus vielen Systemen zusammen. Die Familie als Ganzes ist größer als die Summe ihrer Teile. Veränderung eines Familienmitgliedes beeinflusst alle anderen. Sie ist in der Lage eine Balance zwischen Veränderung und Stabilität zu schaffen. Zirkuläre Kausalität erklärt das Verhalten besser als lineare.“	(Preusse-Bleuler, 2012)
Theoretical	Theoretische Stichprobenbildung, eines der	(LoBiondo-Wood & Haber,



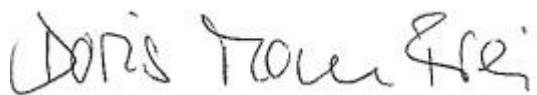
---

sampling	Hauptmerkmale der Grounded Theory, Sammlung und Analyse der Daten findet gleichzeitig statt.	2005, p. 232)
Trunkierungszeichen	„Bei der Trunkierung werden verschiedene Trunkierungszeichen wie ?, *, !, \$ etc. verwendet. Mit Hilfe von Trunkierungszeichen können Sie nach verschiedenen Wortvarianten und Schreibweisen suchen. Im Zusammenhang mit der Trunkierung werden auch häufig folgende Begriffe verwendet: Wildcard, Joker, Platzhalter etc.“	<a href="http://elearning.zhaw.ch/moodle/mod/resource/view.php?id=224138">http://elearning.zhaw.ch/moodle/mod/resource/view.php?id=224138</a>

### **Eigenständigkeitserklärung**

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benützung der angegebenen Quellen verfasst habe.

Seuzach, im Mai 2012

A handwritten signature in black ink that reads "Doris Monn Frei". The handwriting is cursive and somewhat stylized.

Doris Monn Frei

## **Danksagung**

Für die interessanten Gespräche, Diskussionen, Anregungen und Gedankenanstösse möchte ich Jann Marschner, Gianmarco Marinello, Esther Rihs Frei und Deborah Dinkel einen besonderen Dank aussprechen. Bei Fritz Frei möchte ich mich für die Orthographiekorrekturen bedanken. Schliesslich möchte ich Frau Preusse-Bleuler ein herzliches Dankeschön aussprechen für ihre offene, motivierende und ausserordentlich unterstützende Begleitung.

Ein besonderer Dank gebührt meinen drei Kindern Noah, Seraina und Elia und meinem Ehemann Adrian für die praktische, fachliche und emotionale Unterstützung während meines Bachelorstudiums.

## Anhang

## A. Datenbankrecherche

Datenbank	Suchstrategie (Begriffe, Kombinationen)	Tref- fer	Abstract	Relevanter Artikel= Name und Jahrgang Grün= Studien nicht frei zum downloaden Blau= Studien verworfen weil...
CINAHL	<p>1 family</p> <p>2 relatives OR caregiver* OR significant other*</p> <p>3 child</p> <p>4 childcare</p> <p>5 parents</p> <p>6 parent*</p> <p>7 neoplasms</p> <p>8 oncology OR cancer</p> <p>9 needs OR need inventory OR family needs</p> <p>10 inpatients</p> <p>11 hospital OR acute hospital</p> <p>12 nursing OR care OR family centered nursing</p> <p>13 Limits : last 10 years, english and german</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 AND 3 AND 5 AND 7 AND 9 AND 13</li> <li>• (1 OR 2) AND (3 OR 4) AND (5 OR 6) AND (7 OR 8) AND 9 AND 13</li> <li>• (1 OR 2) AND (3 OR 4) AND (5 OR 6) AND (7 OR 8) AND 9 AND 10 AND 13</li> <li>• (1 OR 2) AND (5 OR 6) AND (7 OR 8) AND 9</li> </ul>	<p>1066</p> <p>7</p> <p>1</p> <p>56</p>	<p>7</p> <p>1</p> <p>15</p>	<p>0 (Studien verworfen: child cancer)</p> <p>0 (Studie verworfen: child cancer)</p> <p>Bugge09, Bugge08, Nieme- lä10,Clavarino02 (Studien nicht frei erhältlich Maza-</p>

	<p>AND 13</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 AND (7 OR 8) AND 12 AND 9 AND 2 AND 13</li> <li>• 4 AND (7 OR 8) AND 12 AND 6 AND 13</li> <li>• 1 AND 3 AND 5 AND 7</li> <li>• 1 AND 3 AND 5 AND 7 AND 9</li> <li>• 1 AND 3 AND 5 AND 7 AND 10</li> <li>• 1 AND 6 AND 7 AND 9 AND 13</li> </ul>	73	30	<p>nec11) (Studien verworfen: child cancer, Familienassessment)</p> <p>Dougherty10, Schmid-Büchi11Jul, Schmid-Büchi11Apr, Adams 09, Blum10, Nikoletti03, Schmid-Büchi08, Forrest07, Houldin07, Bachner09 (Tochter), Schumacher08, Janda08, Taylor03</p> <p>(Studien nicht frei erhältlich: Williams11., Eatmon02., Golant08., Treloar09., Ledwick09) (Studien verworfen: child cancer, Education der Pflege, Bedürfnisse spezif. nur im hohen Alter)</p> <p>Helseth05</p> <p>Thastum06 (Studien nicht frei erhältlich: Rauch09)</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>32</p> <p>6</p> <p>Semple10, Stiffler08(35,1) und (35,6), Lewis06, Osborn07, Fasciano07, (Studie nicht frei erhältlich : Moore06)</p>
Cochrane Library	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 AND 2 AND 7 AND 9 AND 12 AND 13</li> <li>• 7 AND 1 AND 9</li> <li>• 12 AND 9 AND 1 AND 7</li> <li>• 1 AND 3 AND 5 AND 7</li> </ul>	52	2	0 (Studien verworfen: Interventionen, Kommunikation)
		24	0	
		23	0	

	<p>AND 9 AND 13</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 AND 3 AND 5 AND 7</li> <li>• 1 AND 7 OR 8 AND 12 AND 9 AND 11 AND 2 AND 13</li> </ul>	1 203	0 0	
Medline Ovid SP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 AND 3 AND 5 AND 7 AND 13</li> <li>• 1 AND 3 AND 5 AND 7 AND 9 AND 13</li> <li>• 1 AND 3 AND 5 AND 7 AND 10 AND 13</li> <li>• 1 AND 6 AND (7 OR 8) AND 12 AND 9 AND 2 AND 13</li> <li>• 1 AND 2 AND 6 AND (7 OR 8) AND 9 AND 13</li> <li>• 1 AND (7 OR 8) AND 12 AND 9 AND 2 AND 13</li> </ul>	44  0 0 1 7 127	6   1 1 15	<p>Kennedy08, Gazendam-Donofrio08 und 07, Thastum06, Huizinga03 (Studie verworfen: Artikel keine Studie)</p> <p>(Studie nicht frei erhältlich: Moore09)</p> <p>Isaksen03 (Studien verworfen: Anleitungen für Pflege, Integration von Fam. in Pflege im Spital)</p> <p>Schmid-Büchi11Jul, Schmid-Büchi11Apr, Coyne11, Francis09, Dougherty10, Chen09, Taylor06, Kim09, Janda07, Schumacher08, Houldin07, Beaver06 (Studien nicht frei erhältlich: Northouse10) (Studien verworfen: child cancer)</p>
PsycINFO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 AND 2 AND 6 AND (7 OR 8) AND 12 AND 9 AND 11 AND 13</li> </ul>	74	13	<p>Hacialioglu10, Bugge09, Dougherty10 (Studien nicht frei erhältlich: Rollins09, , Plant08, Dumont06) (Studien verworfen: child cancer, anderes Krankheitsbild, Interventio-</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 AND 2 AND 6 AND (7 OR 8) AND 9 AND 12 AND 13</li> </ul>	15	19	<p>nen, Interaktion Fam. und Pflege, Assessment tool)</p> <p>Hacialioglu10, Bugge09, Lindholm07, Stenberg09, Schmid-Büchi11</p> <p>(Studien nicht frei erhältlich: Rollings09, Plant08, Dumont06, Bigatti03) (Studien verworfen: child cancer, andere Krankheit, Intervention, Copingstrategien, child death, adult death, Artikel und keine Studien)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 AND 3 AND 6 AND 7 OR 8 9 AND 12 AND 13</li> </ul>	0		

### Ein-/Ausschlusskriterien der Studien

Datenbank	Studienautor	Grund nein	Grund ja
CINAHL	Bugge09	Intervention	
	Bugge08	Intervention	
	Niemelä10	Intervention	
	Clavarino02	Geograph. Belastungen/nicht Pop.	
	Dougherty10	Krankheitsphase, Austritt/ nicht Pop.	
	Schmid-Büchi11Jul	Psychosoziale Bed./nicht Pop.	
	Schmid-Büchi11Apr	Psychosoziale Bed./nicht Pop.	
	Schmid-Büchi08	Psychosoziale Bed./nicht Pop.	
	Adams09	Infobedürfnisse/nicht Pop.	
	Blum10	Intervention	
	Nikoletti03	Krankheitsphase, nach OP/nicht Pop.	
	Forrest07		Pop./Phänomen/Setting
	Houldin07		Pop./Phänomen/Setting
	Bachner09	Interaktion: Pat. und Fam.ang.	
	Schumacher08	Familienassessment tool	
	Janda08	Krebsart: Gehirntum./nicht Pop	





## B. Beurteilung der fünf Studien

### Literaturanalyse Studie 1

Helseth, S. & Ulfsaet, N. (2005). Parenting experiences during cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 52(1), 38-46.

Background/Sample	Design/ Methode	Datenerhebung/ Analyse	Resultate/ Gütekriterien	Diskussion/ Limitation/ Interpretation
<p><b>Frage/Ziel:</b> Das Ziel der Studie ist es festzustellen, welche Erfahrungen Eltern mit minderjährigen Kindern machen, wenn ein Elternteil an Krebs erkrankt ist und wie dies das Familienleben beeinflusst.</p> <p><b>Literatur:</b> Die Studie wird mit Hintergrundinformationen aus früheren Forschungen abgestützt. Beispielsweise, dass eine Krebserkrankung Unsicherheit im Leben eines Kindes auslöst. Dass die Eltern ihre elterlichen Pflichten nicht ganz erfüllen.</p>	<p><b>Design:</b> Exploratives Design.</p> <p><b>Methode:</b> Tiefeninterviews mit Eltern von minderjährigen Kindern. In der Zeit 2001-2002. Tiefeninterviews 2x (nach 2 und 4 Monaten), mit beiden</p>	<p>Datensammlung und Analyse: Nach Kvale`s Richtlinien für qualitative Forschung (1996).</p> <p><b>Datenerhebung:</b> strukturierte Interviewfragen über 4 Themenbereiche: 1. Familienleben, 2. die Reaktionen der Kinder, deren Bedürfnisse und Wohlbefinden, 3. die Erfahrung der Eltern mit Kinderbetreuung, ihre Bedürfnisse, ihr Wohlbefinden und ihre Bewältigungsstrategien, 4. die Krankheit als solche.</p> <p><b>Forscher:</b> 2 Pflegefachleute mit Berufserfahrung mit Familien (mit minderjährigen Kindern) und Onkologiefahrung. Der Forscher untersucht die Welt vom Gesichtspunkt</p>	<p><b>Resultate aufgeteilt in 5 Hauptthemen:</b> Hauptziel der Eltern: gute Eltern sein, die Kinder beschützen und die Krankheitssituation so sicher und normal wie möglich machen.</p> <p>1. in der ungewöhnlichen Situation um Normalität kämpfen, 2. Das Wohlbefinden der Kinder ins Zentrum stellen, 3. Zwischen verschiedenen Bedürfnissen ausgleichen, 4. Offen über die Krankheit kommunizieren und 5. Unterstützung holen -&gt; diese Themenbereiche reflektieren erzieherische Erfahrungen und das Streben der Eltern, während der Krebserkrankung „gute Eltern zu sein“.</p> <p>In einer separaten Tabelle werden die Hauptthemen strukturiert dargestellt und mit weiteren Aspekten er-</p>	<p><b>Diskussion:</b> Minderjährige Kinder erziehen, wenn ein Elternteil Krebs hat -&gt; oberstes Gebot der Eltern, in dieser Situation das Leben der Kinder so sicher und normal wie möglich zu gestalten und die Kinder beschützen.</p> <p>Eine Krebserkrankung bringt Unsicherheit und Sorgen im Leben eines Kindes. Die vulnerabelste Zeit, mit höchstem Unsicherheitslevel, stellt die Zeit der Diagnosestellung dar und der Zeitpunkt, wenn die Krankheit sichtbar wird, beispielsweise wenn durch die Chemotherapie die Haare rausfallen.</p> <p>Für das Kindeswohl verantwortlich sein, mit der Realität der</p>

<p>len können... Northouse 1994, Fitch 1999. Helseth et al. weisen darauf hin, dass die meisten Untersuchungen bezüglich einer Krebserkrankung bei der Mutter durchgeführt wurden. Zudem wird darauf hingewiesen, dass Familien mit minderjährigen Kindern besonders vulnerabel sind. So wird die Bedeutung und Notwendigkeit der Thematik dargestellt und gerechtfertigt.</p> <p><b>Sample:</b> N=18 Elternteile aus 10 Familien, mit insgesamt 23 Kindern (Alter: 0-18), Zuhause lebend, eines der Elternteile an Krebs erkrankt, nicht in einer terminalen Krankheitsphase. Aus Norwegen stammend. In Tabelle 1 wird</p>	<p>Elternteilen (gesund, krank), separate Interviews, Zuhause. Insgesamt 35 Interviews.</p>	<p>des Subjekts zu verstehen, die Erfahrungen der Menschen zu enthüllen und die gelebte Welt dieser Menschen aufzudecken.</p> <p><b>Datenanalyse:</b> Alle ersten Interviews wurden auf Tape aufgenommen, Wort für Wort transkribiert. Die zweiten Interviews waren „follow-ups“ Fortsetzungen, hier wurden Notizen gemacht, welche umgehend transkribiert wurden. Die Familien wurden nicht nur 2x interviewt, um Wissen über ihre Erfahrungen mit den Auswirkungen in Erfahrung zu bringen, sondern auch mit der Absicht, das erste Interview zu validieren. Im zweiten Interview wurde das erste Interview von den Forschern mündlich zusammengefasst und den Teilnehmer die Möglichkeit gegeben zu ergänzen, zu vertiefen und Missverständnisse zu klären.</p> <p><u>Prozess:</u> 1. Die transkribierten In-</p>	<p>gänzt.</p> <p>In Textform werden die einzelnen Hauptthemen aufgrund der Interviewsequenzen zitiert und mit Angaben, welches Elternteil berichtet, dargestellt. Dies ergibt eine Vorstellung darüber, wie die Kategorien entstanden sind.</p>	<p>Krebserkrankung fertig werden und damit kämpfen gute Eltern zu sein -&gt; eine Herausforderung. Eltern kämpfen dafür, „gute“ Eltern zu sein. Doch manchmal ist dies aufgrund verschiedener Faktoren nicht möglich -&gt; Mögliche Faktoren: keine Energie haben, Unvermögen die Reaktionen der Kinder interpretieren zu können. Gute Eltern sein wird an 3 Dimensionen gemessen: Engagement, Erreichbarkeit und Verantwortung. Laut Helseth nahmen Eltern Verantwortung für die Kinder wahr. Es konnten aber einzelne elterliche Pflichten an andere anvertraut werden, beispielsweise in den Kindergarten fahren usw. Die meisten Eltern berichteten mehr Zeit mit der Familie und den Kindern zu verbringen als früher. Als Rahmen der gemeinsamen Edukation der Kinder, werden die Kinderbetreuung und die Auftei-</p>
---	---	--	---	---

<p>dargestellt, welcher der Elternteile erkrankt ist, Alter und Geschlecht der Kinder, Krebsart.</p> <p><b>Saturation:</b> Forscher rechneten mit Saturation nachdem 10-15 Familien interviewet waren. Saturation erreicht, nachdem 10 Mütter und 10 Väter eingeschlossen waren. Ein Elternteil starb während der Studie, ein Interview war bereits durchgeführt und eingeschlossen, 2 Männer beschlossen vor Studienbeginn, doch nicht teilzunehmen, Gründe angegeben. Insgesamt wurden 35 Interviews durchgeführt.</p> <p><b>Informed consent:</b> Beide Elternteile gaben unabhängig voneinander eine</p>		<p>interviews wurden gelesen und zusammengefasst. 2. Interviews erneut gelesen und codiert. Kategorien nach deskriptiver Terminologie eingeteilt. 3. Interpretation der Ergebnisse, geleitet von Fragen: a) Welche Veränderungen für die Eltern werden beschrieben? b) Wie beeinflusst Krebs die Familie? c) Wie managen die Eltern die Situation? 4. Während der Interpretation kristallisieren sich Muster heraus, diese Muster werden angeschaut, es wird darüber diskutiert unter Anwendung früherer Forschungsartikeln und Theorien über Eltern.</p> <p><b>Forscher:</b> Beide lesen, interpretieren und diskutieren die Interviews bis Einigung erreicht ist -&gt; <u>Triangulierung</u> gewährleistet. Wenn Zweifel aufkommen, gehen sie zurück und werten die Aussagen der Interviews neu aus -&gt; dialektischer <u>Prozess</u>. Dadurch erreichen Forscher ein</p>		<p>lung der erzieherischen Arbeit angesehen.</p> <p>Bewältigungsstrategien der Eltern sind: Das Leben normal gestalten. Offen über die Krankheit kommunizieren. Sich als Eltern gegenseitig Vertrauen schenken und unterstützen. Positive Erfahrungen machen, indem man zu sich selber schaut, und sich was Gutes tut.</p> <p><b>Limitationen:</b> Laut Helseth sind die Teilnehmer homogen und nicht notwendigerweise repräsentativ. Alle Elternteile teilten bereits zuvor elterliche Pflichten, keine geschiedenen Eltern. Es wird in dieser Studie nicht auf die Unterschiede von Vätern und Müttern eingegangen. Aus der Studie geht hervor, dass zukünftige Studien diese Limitationen berücksichtigen sollten, um ein vollständigeres Bild herzustellen.</p>
--	--	--	--	---

<p>schriftliche Einverständniserklärung ab.</p> <p><b>Ethikkomitee:</b> Das Projekt wurde vom „Regional Research Ethics committee“ in Norwegen geprüft und genehmigt. Die Rechte der Teilnehmer wurden durch informed consent abgesichert.</p>		<p>Verständnis über Erziehung der Teilnehmer. Ob die Resultate repräsentativ sind, bleibt unklar, weil verschiedene Faktoren die Erziehung in dieser Situation noch beeinflussen können, wie beispielsweise die jeweilige Situation, andere Familienszusammensetzungen, andere Gesundheitsinstitutionen. Wenn die Resultate anerkannt sind, können sie generalisiert werden und als Gerüst in der qualitativen Forschung dienen.</p>		<p><b>Empfehlung für die Praxis:</b></p> <p>Als mögliche Lösung empfehlen Helseth und Ulfsaet, die Bedürfnisse der Familien zu erfassen mit Fokus auf: 1. Reaktion der Kinder und Bedürfnisse der Kinder (altersabhängig), 2. Emotionale Unterstützung für beide Elternteile (krank und gesund) mit möglichen Unterstützungsstrategien, 3. Praktische Unterstützung ermöglichen, mit Anleitung, wo Hilfe angefordert werden kann. Spitäler sollten routinemässig Assessment durchführen, um jungen Familien mit minderjährigen Kindern zu helfen.</p>
<p><b>Beurteilung</b></p> <p><b>Frage/Ziel:</b> Die Fragestellung ist nicht explizit beschrieben, sie lässt sich vom Ziel ableiten.</p> <p><b>Sample:</b> bei den Teilnehmer wird das Alter der El-</p>	<p><b>Beurteilung</b></p> <p><b>Methode:</b> macht aufgrund limitiertem Vorwissen Sinn.</p>	<p><b>Beurteilung</b></p> <p><b>Interviews:</b> es wird nicht erwähnt, dass die nonverbale Kommunikation (lachen, weinen, stöhnen) festgehalten wurde. Die ersten Interviews konnten mündlich berichtet werden, die zweiten Interviews nicht-&gt; genügt dies für Member checking?</p>	<p><b>Beurteilung</b></p> <p><b>Überprüfbarkeit</b> der Interviews -&gt; es wird dargestellt, wie die Aussagen in Hauptthemen, Kategorien zugeordnet wurden. Der Prozess der Transformation von Daten in Aussagen ist explizit beschrieben. Theoretische Verbindungen werden gemacht. Ob die Ergeb-</p>	<p><b>Beurteilung</b></p> <p><b>Diskussion/ Interpretation:</b> Die Forscher fassen im Diskussionsteil die Resultate zusammen und ermöglichen ein besseres Verstehen der untersuchten Teilnehmer. Anhand der Erläuterungen mit Herstellung von Zusammenhängen ergibt sich ein vollständiges Bild.</p>

<p>tern nicht angegeben. Zudem interessiert, ob sie eher städtische oder ländliche Teilnehmer eingeschlossen haben, welche Berufsbildung und welches Umfeld sie haben -&gt; Die Repräsentativität der Studie auf andere Populationen ist schwierig (andere Ethnien, unterschiedliche soz. Schichten.)</p> <p><b>Saturation:</b> Die Gründlichkeit der dargestellten Information über Saturation ist gegeben.</p>	<p><b>Theoretische Perspektive:</b> Wird in der Analysesequenz dargestellt, es wird dadurch nachvollziehbar, welche Theorien die Forscher im Denkansatz leiteten.</p>	<p><u>Faktor zuhören</u>, dem Teilnehmer freien Lauf lassen. Wurden die Fragen gezielt abgehandelt oder hatten die Teilnehmer die Möglichkeit, auch mehr zu erzählen?</p> <p><u>Zeit</u>, wie lange dauerten die Interviews?</p> <p><u>Ablauf</u>, Konnten die Forscher mit der eigenen Sprache die Teilnehmer beeinflussen?</p> <p><b>Forscher:</b> Welche Beziehung hatten sie zu den Teilnehmer? Alter? Norweger -&gt; sprachliche Barrieren?</p> <p><u>Forscher als Instrument</u>, welche Rolle haben Forscher? Führen sie lediglich Befragung durch oder pflegen sie Pat. und Fam. während Hospitalisation? -&gt; Bias.</p> <p>Welche Schulung hatten die Forscher im Vorfeld des Studienbeginns?</p> <p><b>Analyse:</b> Analyseprozedere genau und nachvollziehbar beschrieben.</p>	<p>nisse auf andere Kontexte übertragbar sind, wird von den Forschern selber in Frage gestellt.</p> <p><b>Glaubwürdigkeit:</b> Ob die Ergebnisse aus Sicht der Teilnehmer korrekt sind, ist nicht beschrieben. Es wird nirgends erwähnt, dass Teilnehmer die Interviews gegenlesen konnten. Nur das erste Interview konnte durch das 2. Interview ergänzt und geklärt werden.</p> <p><b>Nachvollziehbarkeit:</b> Der Ablauf von der Forschungsfrage bis zur Interpretation ist plausibel beschrieben. Der Gedankengang der Forscher ist klar erwähnt.</p> <p><b>Bestätigungskraft:</b> die Interpretation der Daten wird in der Diskussion beschrieben. Die Daten wurden durch 2 Forscher unabhängig voneinander gelesen, interpretiert und diskutiert, bis Einigung erreicht wurde.</p>	<p><b>Empfehlung für die Praxis</b> ist konkret und stellt eine mögliche Handlungsanleitung dar.</p>
--	---	--	--	--

## Literaturanalyse Studie 2

Houldin, A. D. (2007). A Qualitative Study of Caregivers' Experiences with Newly Diagnosed Advanced Colorectal Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 34(2), 323-330.

Background/ Sample	Design/ Methode	Datenerhebung/ Analyse	Resultate/ Gütekriterien	Diskussion/ Interpretation/ Limitationen
<p><b>Frage/Ziel:</b> Zweck und Ziel dieser Studie ist es, eine deskriptive, qualitative Untersuchung durchzuführen mit 14 Familienangehörigen von Patienten mit kürzlich diagnostiziertem Kolorektalkrebs.</p> <p><b>Literatur:</b> Die Thematik wird mit Hintergrundliteratur abgestützt. Beispielsweise, dass Patienten sowie deren Ehepartner physische, psychosoziale und praktische Bedürfnisse haben</p>	<p><b>Design:</b> Deskriptive qualitative Studie.</p> <p><b>Methode:</b> Semistrukturierte Interviews wurden mit den Teilnehmer im ambulanten Setting durchgeführt und 4 Interviews zuhause bei den Teilnehmer selber. Vertrauliche Interviews von Angesicht zu</p>	<p><b>Datenerhebung:</b> Die Teilnehmer wurden aufgefordert, ihre Erfahrungen mit ihrem Kolorektalkrebs „loved ones“ zu beschreiben. Spezifische Fragen zu 1. Den Auswirkungen auf den Alltag, 2. Bewältigungsstrategien 3. Den Auswirkungen auf die Familie und die Kinder.</p> <p><b>Forscher:</b> Studienteam aus einem ambulanten Hämatonkologischen Zentrum im Nordosten der USA. Zwei „Advanced practice nurses“ mit Interviewschulung führten Interviews separat mit Familienangehörigen und Patienten durch.</p> <p><b>Analyse:</b> Die Interviews wurden auf Tape aufgenommen und transkribiert. Induktives codieren aufgrund Methode von Glaser und Strauss (1967), Krippendorf</p>	<p><b>Resultate aufgeteilt in Kernkategorien bestehend aus drei Bereichen:</b> Einerseits dargestellt in einer Tabelle, aufgeteilt in den drei Hauptkategorien und ergänzt mit anverwandten Kategorien, andererseits in Prosaform beschrieben, bestehend aus Zusammenfassungen und Zitaten aus den Interviews. Die drei Bereiche sind: <u>1.</u> Den totalen Zusammenbruch meines Lebens erfahren, (Veränderung der Prioritäten, Anstieg an Verantwortlichkeiten, Unvermögen etwas zu</p>	<p><b>Diskussion/ Interpretation:</b></p> <p>Die Kernaussage lautet: ein Gleichgewicht herstellen zwischen dem Zusammenbruch, und trotzdem den Alltag und die persönlichen Auswirkungen positiv handhaben.</p> <p>Laut Houldin sind die Teilnehmeraussagen einheitlich und weisen ein Muster auf. Distress beispielsweise ist am häufigsten nach Diagnosebekanntgabe und bei Therapiebeginn. Jüngere Teilnehmer haben mehr Distress als Ältere. Die Teilnehmer kämpfen damit, ein Gleichgewicht herzustellen, zwischen den „loved ones“ zu betreuen, ihr Leben leben und den Familienbedürfnissen nachzukommen. Zum Thema totaler Zusammenbruch des Lebens: sind persönliche-, beziehungs-mässige- und familiäre Belastungen zugeordnet. Die</p>

<p>und dass die Erkrankung auch positive Veränderungen mit sich bringt (Northouse et al.2000). Houldin rechtfertigt den Zweck der Studie, indem sie Wissenslücken aufzeigt und die Notwendigkeit der Untersuchung begründet. Houldin erwähnt, dass es keine Studien gibt, in welchen die Erfahrungen der Familienmitglieder beschrieben werden.</p> <p><b>Sample:</b> N=14 Familienangehörige (12 Ehepartner + 2 Freunde), von 14 Patienten (mit einem kürzlich diagnostizierten Kolorektalkrebs) bestimmt.</p>	<p>Angesicht. Interviewdauer 45-60Min.</p> <p><b>Theoretische Perspektive:</b> Es wird keine theoretische Perspektive von den Forschern dargestellt und beschrieben.</p>	<p>(1980), Spradley (1979, 1980), Strauss und Corbin (1990), Lewis und Deal (1995).</p> <p><u>Prozess:</u> Es wurde eine thematische Inhaltsanalyse mit induktiver Codierung durchgeführt. Während des Codierens wurden Aussagen immer wieder verglichen. Zwei Forscher diskutierten und überprüften zum Schluss die Kategorien. Es wurde dargestellt, wie die Kernkategorien zu Stande kamen. Der ganze Prozess wurde Schritt für Schritt präzise und nachvollziehbar beschrieben.</p>	<p>planen, Mit persönlichen Auswirkungen umgehen, Veränderung der Beziehung, Auswirkungen auf die Arbeit, aus dem Gleichgewicht sein).</p> <p>2. Positiv bleiben (Versuchen, das Leben so „normal“ wie möglich weiter zu führen. Die Dinge annehmen, so wie sie kommen. Emotionen kontrollieren. Vertrauen haben, mit Freunden reden).</p> <p>3. Versuchen, das Familienleben und Kindergewohnheiten so normal wie möglich zu gestalten (Beruhigt sein über die Auswirkung auf die Kinder, damit kämpfen, das Richtige zu tun, den Kindern einen positiven Ort schaffen, mit der erweiterten Familie zurechtkom-</p>	<p>Beziehungen wurden als angespannt bezeichnet. Ein Proband sagte „die Krankheit bestimmt mein Leben“. Viele Teilnehmer litten still, weil eine gemeinsame Zukunft, in ihren Augen, nicht mehr existierte. Andere litten aufgrund finanziellen und sozialen Zusammenbruchs. Vorteile wurden bezeichnet, nicht an das schlimmste Szenario denken, sondern positiv bleiben. Die Teilnehmer übernehmen eine beschützende Funktion für ihre Kinder und sind bedacht, einen normalen Alltag zu bewahren.</p> <p><b>Limitationen:</b> Houldin bezeichnet die Studiengröße als klein, Teilnehmer eher homogen: die meisten Kaukasier, Mittelschicht, gut ausgebildet. -&gt;um ein vollständigeres Bild zu erhalten, sollten noch mehr Teilnehmer mit Erfahrung mit Kolorektalkrebs untersucht werden.</p> <p><b>Empfehlung für die Praxis:</b> 1. Houldin empfiehlt die Erfassung der Bedürfnisse</p>
---	--	---	--	---

<p>Teilnehmer: Alter zwischen 26-64Jahren, 4 Männer + 10Frauen, 12 Kaukasier 1 Asiat 1 Afrikaans, 10 Teilnehmer hatten Kinder im Alter zwischen 2-25Jahren, Mittelschicht, gut ausgebildet, 12 Teilnehmer verheiratet, 2 Singles.</p> <p><b>Informed consent:</b> Einverständniserklärung wurde von allen 14 Teilnehmer abgegeben.</p> <p><b>Ethikkomitee:</b> Studienbewilligung vom „human subject committee“ erhalten.</p>			men).	<p>von Familien mit Kolorektalkrebs. Es werden mögliche konkrete Fragen zur Erfassung vorgeschlagen: 1. Wie beeinflusst die Erkrankung den Alltag und die Familie? 2. Versuchen sie positiv zu bleiben, während dem sie den Betreuungsaufgaben nachgehen? 3. Was haben sie ihren Kindern über den Krebs gesagt?</p> <p><u>2.</u> Zudem wird darauf hingewiesen, dass den Familien psychosoziale Unterstützung gegeben werden soll und Anleitung, wie sie mit Kindern und Familienangelegenheiten umgehen können. Im Spital sollten die Familien separat aufgefangen werden, damit ihre Bedürfnisse erkannt werden können.</p>
<p><b>Beurteilung</b> <b>Frage/Ziel:</b> Die Frage wird nicht beschrie-</p>	<p><b>Beurteilung</b> <b>Design:</b> Deskriptive qual.</p>	<p><b>Beurteilung</b> <b>Datenerhebung:</b> die Teilnehmer und der Standort der Interviews werden beschrie-</p>	<p><b>Beurteilung</b> Die Vertrauenswürdigkeit der Resultate wird anhand</p>	<p><b>Beurteilung</b> <b>Diskussion/ Interpretation:</b> Anhand der Erläuterungen im Interpretationsab-</p>



<p>ben, sie lässt sich von der Methode, konkret von den Interviewfragen, ableiten. -&gt; nicht leserfreundlich.</p> <p><b>Sample:</b> Angaben zu den Teilnehmer angegeben, ermöglicht ein Bild über Population. Nicht angegeben ist, ob die Teilnehmer städtisch oder eher ländlich leben -&gt; Repräsentativität der Teilnehmer, verschiedene Ethnien eingeschlossen.</p> <p><b>Saturation:</b> Über Saturation wird nichts ausgesagt-&gt; Welche Information löste Redundanz aus? War die Stichprobensum-</p>	<p>Untersuchung -&gt; Es wird keine Begründung beigefügt.</p> <p><b>Methode:</b> Die Interviewumstände werden nachvollziehbar beschrieben.-&gt; Es wird nie beschrieben, wie viele Interviews insgesamt durchgeführt wurden. Würde Überblick erleichtern.</p> <p><b>Theoretische Perspektive:</b> -&gt; bleibt unklar, Denkan-</p>	<p>ben -&gt; Vollständiges Bild. Es werden jedoch keine Gründe angegeben, wieso 4 Interviews Zuhause durchgeführt wurden -&gt; Ausgangslage nicht für alle gleich.</p> <p><b>Forscher:</b> Welche Beziehung hatten Forscher zu den Teilnehmer? -&gt; Erste Begegnung mit ihnen? Das Forscherteam wird vorgestellt -&gt; bleibt unklar, wie viele Mitglieder insgesamt das Forscherteam zählt? Oder ob es nur aus den 2 APN besteht, welche die Interviews durchführten. Welche Berufserfahrung brachte das Studienteam mit, in Bezug auf die Krebserkrankung oder Familienarbeit? Welche Zusatzinformationen gaben sie während den Interviews? -&gt; Gab es eine Abmachung oder einen fixen Ablauf? -&gt; BIAS? Konnten Teilnehmer frei erzählen? <u>Prozedurale Strenge</u> aus den beschriebenen Angaben gegeben -&gt; induktive Inhaltsanalyse.</p> <p><b>Analyse:</b> Präzise, nachvollziehbar be-</p>	<p>der Gütekriterien dargestellt: <b>Übertragbarkeit:</b> Für eine qualitative Untersuchung ist die Anzahl N ausreichend-&gt; ob die Information genügend ist, um in andere Kontexte zu übertragen, ist zu bezweifeln.</p> <p><b>Glaubwürdigkeit:</b> Aus Sicht der Teilnehmer ist es nicht klar, ob die Aussagen korrekt wiedergegeben wurden -&gt; es wird nirgends beschrieben, dass sie die Resultate gegenlesen konnten. Aus Sicht der Forscher ist die Glaubwürdigkeit gegeben -&gt; ausführliche Beschreibung der Analyse.</p> <p><b>Nachvollziehbarkeit:</b> Alle</p>	<p>schnitt, in welchen Aussagen der Teilnehmer dargestellt und in Zusammenhang mit den Kernkategorien gebracht werden, hat sich ein sinnvolles Bild ergeben, wie die Aussagen in Beziehung zu den Kernbereichen gebracht wurden. Die Ergebnisse ergeben im Hinblick auf die Untersuchung einen Sinn. Sie bilden eine weitere Grundlage, um in diesem Bereich weiter forschen zu können.</p> <p><b>Die Empfehlung für die Praxis</b> mit den konkreten Handlungshinweisen ist deutlich und hilfreich.</p>
---	--	--	---	--

menstellung flexibel, um dem Fortschreiten der Studie weiterzuentwickeln -> Prozess nicht ganz nachvollziehbar.	satz der Forscher unklar.	schrieben. Die von den Forschern entwickelten Aussagen spiegeln die gewonnenen Daten der Teilnehmer wieder -> Genauigkeit (Rigour) gegeben. Es wurde immer wieder verglichen -> constant comparative. 2 Forscher lasen und diskutierten die Daten ->member checking.	Schritte sind klar, plausibel dargestellt.  <b>Bestätigungskraft:</b> Die Analyse ist genau beschrieben.	
---	---------------------------	--	--	--

### Literaturanalyse Studie 3

Forrest, G., Plumb, C., Ziebland, S. & Stein, A. (2009). Breast cancer in young families: a qualitative interview study of fathers and their role and communication with their children following the diagnosis of maternal breast cancer. *Pscho-Oncology*, 18(1), 96-103.

Background/ Sample	Design/ Methode	Datenerhebung/ Analyse	Resultate/ Gütekriterien	Diskussion/ Interpretation/ Limitationen
<b>Frage/Ziel:</b> Die Kommunikation zwischen Vater und Kind soll untersucht werden, nachdem mütterlicherseits Brustkrebs diagnostiziert wurde. Zudem sollen die Unterschiede	<b>Design:</b> Qualitative Studie.  <b>Methode bestehend aus zwei Aspekten:</b> <u>Erstens:</u> Detaillierte semistrukturierte Interviews mit den	<b>Datenerhebung:</b> Die Väter wurden interviewt über: Welche Erfahrungen sie in Bezug auf 1. Bewältigungsstrategien, 2. Veränderungen in ihrer Rolle Zuhause, 3. Ihre Perspektive wie die Kinder auf die mütterliche Krankheit reagieren? machen.  <b>Forscher:</b> Psychologe (in der Forschung tätig) führte Interviews.	<b>Resultate aufgeteilt in Kernkategorien bestehend aus vier Bereichen:</b> Einerseits dargestellt in einer Tabelle, in welcher in anschaulicher Art auf der rechten Seite die Perspektive der Kinder und auf der linken Seite die Perspektive der Väter dargestellt wurde. Der Vergleich ist auf einen Blick möglich. Andererseits wurden die Perspektiven in Prosaform beschrieben und mit verschiedenen zitierten Passagen aus	<b>Diskussion/ Interpretation:</b> Die Resultate werden in Zusammenhang mit der „Rollands family“ Systemtheorie gebracht. Welche besagt, dass die Veränderung einer Person auf alle Familienmitglieder Auswirkungen hat. Die Systemtheorie sagt, dass in jedem Stadium der Krankheit ganz eigene Bedürfnisse der Familienmitglieder vorhanden sind. Die Väter versuchen das „alte“ Familien-

<p>(zw. Vater und Kind) im Verständnis der Krankheitsauswirkungen untersucht werden und die Lücken betreffend Unterstützung- und Informationsbedürfnissen identifiziert werden.</p> <p><b>Literatur:</b> In der Studie wird die Thematik mit Hintergrundliteratur dargestellt und benannt (Lewis (2004), Barnes (2000), Zahlis (1991). Forrest et al. halten fest, dass die bis jetzt</p>	<p>Vätern, zwischen 2 und 5 Monaten nach der Brustkrebsdiagnose der Ehefrau.</p> <p>Durchgeführt von Psychologen, in der Forschung tätig. Die Interviewdauer zwischen 45-90Min. Die Interviewfragen open-ended.</p> <p><u>Zweiter Aspekt der Methode:</u></p> <p>Aus einer früheren Studie (von denselben Autoren wie diese Studie aus dem</p>	<p>In der Analysephase war ein Soziologe (mit medizinischer Erfahrung), ein Psychologe (in der Forschung tätig) und ein Kinderpsychiater involviert.</p> <p><b>Analyse:</b> Die Interviews wurden auf Tape aufgenommen und transkribiert. <u>Prozess:</u> Anhand einer Supervision geleitet vom Soziologen wurden die Transkripte der Väter gelesen und kommentiert -&gt; erstes codieren. Das Sortieren und Abfragen von Codes wurde durch die Nvivo 2.0 Computersoftware unterstützt, dabei wurden die drei befragten Themen berücksichtigt und darauf geachtet, dass die von den Vätern gemachten Aussagen enthalten sind. Es wurde eine thematische Inhaltsanalyse durchgeführt. Die thematische Beschreibung wurde mit den Theorien in Bezug gebracht. Das Multidisziplinäre</p>	<p>den Interviews versehen.</p> <p>Die vier Bereiche, die sich herauskristallisiert haben: <u>1.</u> Praktische Rolle (Zuhause Routine erhalten, Kinderbetreuung, Arbeit (verdienen) und Haushalt managen. <u>2.</u> Informieren und Fragen beantworten (Auskunft über die mütterliche Krankheit, Behandlung geben -&gt; manchmal zensuriert). <u>3.</u> Kinder beruhigen und unterstützen (ruhiger, starker, kontrollierter Vater-&gt; traditionelle männliche Rolle. Altersentsprechende Unterstützung geben. <u>4.</u> Emotionen managen zuhause, Umgang mit Stimmungsschwankungen der Mutter während Chemotherapie, Umgang mit dem Haarverlust der Mutter. (beschützende Funktion, die schwierigen, emotionalen Situationen für die Kinder managen) → die hier aufgeführten Perspektiven stammen von den Vätern. Die Perspektiven der Kinder unterschieden sich zum Teil. Unter Punkt <u>1</u> stellen die älteren Kinder fest, dass sie mit dem Vater eine</p>	<p>leben zu erhalten. Die Rolle der erkrankten Mutter wird übernommen und sie versuchen emotional zu unterstützen, indem sie den Informationsfluss über die Krankheit aufrecht erhalten. Schwierige Fragen versuchen zu beantworten. Die neue Rolle der Väter im 21. Jahrhundert stellt den Vater nicht nur als alleinigen „Brotverdiener“ dar, sondern auch als Co-Elternteil. Die Väter und Kinder haben die klare Erwartung, dass die Väter zuhause das Ruder übernehmen, solange die Mütter krank sind. Druck kam beim Bewusstwerden der vielen Termine zuhause, Informationslücken über Prognose der Mutter mit der Erkrankung. Die Rolland Systemtheorie hypothesiert, dass das Entwicklungsstadium der Familie die Familie auch beeinflusst. Die jungen Kinder (6-11Jahre) nehmen ihre Väter als Beschützer wahr, die die Grundbedürfnisse abdecken. Die älteren Kinder (12-18Jahre) sehen die Väter als diejenigen, die praktische Aufgaben zuhause teilen. Aber wenn es darum</p>
---	--	---	---	--

<p>durchgeführten Untersuchungen den Fokus der Ehepartner oder Partner untersucht hatten und hierzu die Bedürfnisse dargestellt wurden. Jedoch die Kommunikation zwischen Vater und Kind und die Vaterrolle bis jetzt wenig Beachtung fanden. Auf diese Weise wird die Notwendigkeit der Untersuchung klar dargestellt und gerechtfertigt.</p> <p><b>Sample:</b> N=26 Väter (23 geneti-</p>	<p>Jahre 2006) wurden separate semistrukturierte Interviews (Dauer 40-80Min, Form: Sprache, Spiel, Zeichnung) mit 31 Kindern (Alter: 6-18) von einem Kinderpsychiater, zwischen 3 und 6 Monaten nach der mütterlichen Brustkrebsdiagnose, durchgeführt und hier in dieser Untersuchung beigezogen (Von den Kindern,</p>	<p>Team brachte eine Vielfalt an Betrachtungsweisen, sie trafen sich regelmässig um zu diskutieren, Einigkeit zu erlangen und zu interpretieren. Weil die Interviewfragen open-ended waren, wurde festgestellt, dass Missverständnisse zwischen den Eltern und Kindern aufgetaucht waren. Es wurde die constant comparative Methode durchgeführt, um sicherzustellen, dass die relevanten Auszüge aus den Interviews in die Analyse einbezogen wurden.</p>	<p>Allianz eingehen und ihn im Haushalt unterstützen. Für jüngere Kinder ist es wichtig, dass Freunde und Grosseltern sie ablenken. Punkt <u>2</u>: deckt sich. Punkt <u>3</u>: der Vater spielt, um uns abzulenken. Teenager empfinden die Unterstützung durch Freunde, Verwandte, Lehrer oder der Mutter als hilfreicher. Punkt <u>4</u>: Die Wahrnehmung der Kinder, ihre Eltern von Distress zu beschützen. Die emotionale Verletzlichkeit der Väter wird wahrgenommen → Unterschiede sind auch: die meisten Väter gehen davon aus, dass die Kinder gut umgehen können mit der Erkrankung der Mutter. Die Kinder offenbaren, dass sie damit kämpfen und emotionale Schwierigkeiten unerkannt bleiben, z.B. Angst. Die Väter gehen davon aus, wenn die Operation und die Behandlung der Mutter gut verlaufen sind, die Kinder beruhigt sind, stattdessen machen sich die Kinder Gedanken, ob sie oder die Verwandten auch an Krebs erkranken.</p>	<p>geht, über die Situation zu sprechen, geschieht dies eher ausserhalb der Familie (Freunde). Väter haben Mühe, die Reaktionen der Kinder richtig zu interpretieren. Was nicht gefunden wurde: Unterschiede in den emotionalen Reaktionen der Kinder im Vergleich mit anderen ernsthaften Erkrankungen der Mütter. Kommunikation hat sich als ein Schlüsselaspekt herauskristallisiert im positiven Bearbeiten von elterlichen Erkrankungen. Die Väter fühlten sich jedoch mangelhaft vorbereitet, wie auf spezifische Fragen geantwortet werden sollte (Wird Mama wieder gesund? Wird Mama sterben?). Gleichzeitig stellte sich heraus, dass die Väter keine professionelle psychologische Hilfe in Anspruch nehmen wollten. Der Wunsch, die eigenen Emotionen zu kontrollieren, führte zu Schwierigkeiten in der Kommunikation in Bezug auf emotionale Themen. Vielleicht trug das scharfsinnige Einfühlungsvermögen der Kinder, die Stimmung der Väter</p>
---	---	--	--	--

<p>sche Väter, 3 Stiefväter). Die Teilnehmer wurden mit Altersangaben beschrieben. Kinder insgesamt 31 (6-18 Jahre alt).</p> <p><b>Informed consent:</b> Die Väter gaben schriftliche Einverständniserklärungen ab.</p> <p><b>Ethikkomitee:</b> Die Studie wurde vom „Oxford Psychiatric Research Ethics Committee“ genehmigt.</p>	<p>ab 9 Jahren, hatten sie in Unterstützung ihrer Eltern, dazumal eine Einverständniserklärung erhalten).</p> <p>Diese zwei Aspekte dienten dazu, die väterlichen und kindlichen Perspektiven zu vergleichen und Unterschiede darzustellen. Die Ergebnisse aus dieser Studie wurden in einer Tabelle graphisch dargestellt.</p>		<p>Zweitens: Väter haben Mühe, die Reaktionen der Kinder richtig zu verstehen und gingen davon aus, dass die Kinder egoistisch, patzig sind. Andere Kinder waren im Stande, über Ärger und Verunsicherung und den Unterbruch durch die Krankheit der Mutter zu sprechen.</p> <p>Drittens: Väter gingen davon aus, dass es die Kinder verunsichern würde, wenn sie wüssten, dass sie sich selber auch Sorgen machen über die ganze Situation. Die Interviews offenbarten, dass sich die Kinder der Unsicherheit und Sorgen der Väter bewusst waren und auch wahrnahmen, dass die Väter versuchten, es zu verstecken. Keines der Kinder war von dieser Tatsache überrascht. Väter und Kinder beschützen sich gegenseitig. Manchmal ist die zurückhaltende Art der Kinder für die Väter willkommen. Nebst alledem ist die Beziehung durch die Erfahrung zwischen Vater und Kinder verbindend und bringt sie näher zueinander.</p>	<p>wahrzunehmen, gekoppelt mit dem Wunsch der Kinder, die Eltern vor zusätzlichem Distress zu schützen, ebenfalls zu diesen Kommunikationsschwierigkeiten.</p> <p><b>Limitationen:</b> Kleine qualitative Studie in einem Gebiet von England. Väter durch Ehefrauen/Partnerinnen rekrutiert -&gt; motiviertere Teilnehmer? Alle Väter weisse Hautfarbe, gut ausgebildet, fester Arbeitsplatz, nur drei Stiefväter und zwei nicht verheiratete -&gt; Repräsentativität?</p> <p>Das qualitative Design lässt keine Rückschlüsse zu in Bezug auf unterschiedliche Gender und Altersgruppen. Konsistenz vorhanden bei den Aussagen durch alle Altersgruppen, die Mütter alle kürzlich an Brustkrebs erkrankt (daher ist diese spezifische Krankheitsphase erfasst).</p> <p>Eine Studie nur mit Vätern grosser Gewinn -&gt; Weil das männliche Geschlecht schwieriger für Forschung zu gewinnen</p>
--	---	--	--	--

	<p><b>Theoretische Perspektive:</b> Es wurde Bezug genommen auf theoretische und empirische Literatur zu „Stress and coping“ und Männlichkeit.</p>		<p>Väter geben an, keine professionelle Hilfe zu wollen. Einige Väter gaben an, mit dem Spitalpersonal (Arzt und Pflegefachleute) sprechen zu wollen. Viele wollten die Zeit des Spitalpersonals nicht für sich in Anspruch nehmen. Sie hatten Broschüren erhalten, wie sie Informationen den Kindern weitergeben konnten. Sie fanden sie mässig hilfreich.</p> <p>Was von den Vätern angegeben wurde, dass sie gerne mit Menschen gesprochen hätten, denen das Gleiche wiederfahren ist.</p>	<p>ist. Design passend für explorative Forschung, um verschiedene Meinungen und Perspektiven aufzudecken. Interviews zuhause, open ended Fragen, strenge transparente Analyse und Diskussion/Interpretation durch ein multidisziplinäres Team.</p> <p><b>Empfehlung für die Praxis:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Angemessene Information für Väter anbieten.</li> <li>2. Familienfokus bewahren und Väter so früh als möglich erfassen.</li> </ol>
<p><b>Beurteilung</b> <b>Frage/Ziel:</b> Die Frage wird nicht beschrieben, sie lässt sich vom Ziel der Studie ableiten. <b>Sample:</b> Die Teilnehmer wurden nicht voll-</p>	<p><b>Beurteilung</b> <b>Design:</b> Das Design wurde benannt, jedoch wurde keine Begründung abgegeben .-&gt; Aufgrund limitiertem Wissen zu dieser spezifi-</p>	<p><b>Beurteilung</b> <b>Datenerhebung:</b> Zu den Vätern gibt's Angaben. Zum Standort der Interviews wird nichts ausgesagt -&gt; Unvollständiges Bild. <b>Forscher:</b> Ihre berufliche Ausbildung wird beschrieben -&gt; Wie viele Forscher waren es insgesamt? Welche Erfahrung hatten Forscher in Interviewtechnik -&gt;</p>	<p><b>Beurteilung</b> Die Vertrauenswürdigkeit der Resultate wird anhand der Gütekriterien dargestellt: <b>Übertragbarkeit:</b> Anzahl N für qualitative Studie ausreichend -&gt; nicht ausreichend um auf andere Kontexte zu übertragen (beispielsweise Familien aus anderen Ethnien oder tieferem sozialen Status).</p>	<p><b>Beurteilung</b> <b>Diskussion/ Interpretation:</b> Anhand der Gegenüberstellung der zwei Perspektiven (Vater, Kind) und der Verschmelzung mit der Theorie ergeben die Ergebnisse ein ganzes Bild. Sie ermöglichen ein Sich-hinein-fühlen, ein Verstehen der Situation.</p> <p><b>Die Empfehlungen für die Praxis</b> sind kurz, knapp, aussagekräftig und stellen</p>

<p>ständig beschrieben -&gt; es fehlen Angaben zum Wohnort (ländlich oder städtisch), um ein vollständiges Bild zu erhalten und eine Repräsentativität der Population darzustellen.</p> <p><b>Saturation:</b> In der Studie gibt es keine Angaben zur Saturation. -&gt; War der Prozess im Fortschreiten der Studie flexibel genug gestaltet, um neue Aspekte generieren zu können?</p>	<p>schen Population macht es Sinn, die Meinung der spezifischen Population herauszufinden und anzuhören!!</p> <p><b>Methode:</b> Die Methode wird mit wichtigen Informationen beschrieben -&gt; Wo wurden die Interviews durchgeführt, Spital/ Zuhause?</p> <p><b>Theoretische Perspektive:</b> Wird dargestellt und mit</p>	<p>aufgrund Berufsausbildung lässt sich ableiten, dass sie kommunikative Expertise mitbrachten.</p> <p>Welche Beziehung hatten sie zu den Vätern -&gt; erste Begegnung? Vertrauensverhältnis? Die Interviewfragen waren open-ended -&gt; Welche Zusatzinformation wurden gegeben, konnten Forscher die Väter beeinflussen -&gt; BIAS?</p> <p><u>Prozedurale Strenge:</u> Die open-ended Interviews ermöglichen freien Lauf des Ablaufs -&gt; grosse Flexibilität! Unterschiedliche Aussagen! Keine prozedurale Strenge.</p> <p><b>Analyse:</b> Nachvollziehbar beschrieben. Die gewonnenen Aussagen der Väter werden im Codieren berücksichtigt -&gt; Genauigkeit gegeben (Rigour).</p> <p>Regelmässige multidisziplinäre Treffen -&gt; constant comparative und member checking.</p>	<p><b>Glaubwürdigkeit:</b> Die Gegenüberstellung der Perspektiven der Väter und der Kinder zeigt die Aussagen der befragten Aspekte auf. Sie werden durch die andere Perspektive bestätigt oder durch die andere Perspektive widersprochen -&gt; hohe Glaubwürdigkeit.</p> <p><b>Nachvollziehbarkeit:</b> Die Studie ist von der Zielformulierung, Datenerhebung, Datenanalyse und Diskussion klar und nachvollziehbar beschrieben. Die Verschmelzung mit der Theorie ermöglicht einen Einblick in die Gedankengänge der Forscher -&gt; plausibel.</p> <p><b>Bestätigungskraft:</b> Die Interpretation der Daten ist durch die regelmässigen Treffen des multidisziplinären Teams gegeben und beschrieben.</p>	<p>mit der Systemtheorie eine mögliche theoretische Betrachtungsweise dar.</p>
---	--	---	--	--

	Themen benannt -> ermöglicht Teilnahme am Denkansatz der Forscher.	Die gewonnenen Perspektiven wurden mit Theorie in Verbindung gebracht-> Aussagen z.B. typisch Mann, wurde in Klammern ergänzt.		
--	--	--	--	--

#### Literaturanalyse Studie 4

Kennedy, V. L. & Lloyd-Williams, M. (2009). Information and communication when a parent has advanced cancer. *Journal of affective Disorders*. 114. 149-155.

Background/ Sample	Design/ Methode	Datenerhebung/ Analyse	Resultate/ Gütekriterien	Diskussion/ Interpretation/ Limitationen
<p><b>Frage/Ziel:</b> Das Ziel der Studie besteht darin herauszufinden, welche Informationsbedürfnisse Kinder haben, wenn ein Elternteil an Krebs erkrankt ist und wo und von wem das Kind die Informationen bekommen will. Einerseits besteht das Ziel darin festzustellen, welche unbefriedigten Bedürfnisse die Kinder haben und</p>	<p><b>Design:</b> qualitatives Studiendesign, Grounded Theory.</p> <p><b>Methode:</b> Semistrukturierte Interviews (themenbasiert) zeitgleiche</p>	<p><b>Datenerhebung:</b> Semistrukturierte Interviews mit den kranken und gesunden Elternteilen, sowie mit Kindern, welche älter als 7 Jahre waren.</p> <p><b>Forscher:</b> Kennedy, V. (VK) war verantwortlich für die primäre Analyse der Daten und Lloyd-Williams, M. (MLW) las alle Transkripte. 3</p>	<p><b>Resultate aufgeteilt in Kinder- und Elternperspektive mit Themenkreisen:</b> 1. Kinderperspektive mit vier identifizierten Bedürfnissen <u>A</u>) Informationswunsch (die interviewten Kinder gaben den Wunsch an informiert zu werden, um besser für die Zukunft vorbereitet zu sein. Zudem gaben Kinder an, so besser ins Familiengeschehen einbezogen zu sein. Viele Kinder gaben an, offen und ehrlich informiert zu werden. Andere Kinder wünschten gefilterte Informationen zu erhalten, so dass sie damit umgehen konnten und gleichzeitig die Sicherheit hat-</p>	<p><b>Diskussion/ Interpretation:</b> Information an die Kinder, wenn ein Elternteil an Krebs erkrankt ist, ist aus dieser Studie heraus als entscheidender, elementarer Aspekt herauskristallisiert worden. Offene Kommunikation und Zugang zu Information ist schwierig und mit Barrieren ver-</p>



<p>allenfalls Barrieren identifizieren, die den Zugang auf Information verhindern.</p> <p><b>Literatur:</b> Die Krebsdiagnose bei einem Elternteil mit minderjährigen Kindern, hat enorme Auswirkungen auf die familiäre Situation. Es wird auf Studien hingewiesen, die bei den Kindern erhöhtes Risiko für psychosozialen Stress beschreiben. Zudem stellt ein fortgeschrittenes Stadium einer Krebserkrankung eine erhöhte Verletzlichkeit dar. Obwohl in Studien beschrieben wird, dass Kommunikation zwischen Eltern und Kindern Angst vermindert, stellen Studien gleichzeitig auch fest, dass die Kinder unzureichend informiert werden. Diese Studie wird begründet</p>	<p>Datenerhebung und Analyse. Ergebnisse oder Themen aus vorgängigen Interviews wurden in die folgenden Interviews eingebaut und im fortwährenden Prozess analysiert. Interviews durchgeführt in einer geeigneten Zeit und geeignetem Ort für alle Teilnehmer. Kinder konnten wählen, ob sie das Interview alleine</p>	<p>Fachexperten wurden hinzugezogen, um herauskristallisierende Themenbereiche und ausgewählte Transkripte (mit unabhängig codierten Transkripten) auf ihre Konsistenz zu vergleichen und zu diskutieren.</p> <p><b>Analyse:</b> Alle Interviews wurden auf Tape aufgenommen und transkribiert. Um Anonymität zu gewährleisten, erhielten alle Teilnehmer ein Synonym. <u>Prozess:</u> Die Leitthemen wurden in Anlehnung an die Grounded Theory (Charmaz, 1995) beschrieben. Codierung, fortwährende Themenüberarbeitung, zurück zu den Daten und wiederholte Feldbesuche, bis Übereinstimmung constant comparison erreicht war. Die Computersoftware Nvivo</p>	<p>ten, dass alles in Ordnung kommen werde. Nebst Diagnose und Prognose gaben Kinder den Wunsch an zu wissen, wie sie den Eltern am besten helfen könnten: während der Behandlung, der Diagnosestellung. Mädchen wollten wissen, wie sie betreffend eigener Gesundheit getestet werden sollten.) <u>B)</u> Informationsquellen: Eltern, Pflegefachpersonal, Bücher, Informationsbroschüren, Internet und Medien. Eltern wurden als die Hauptinfoquelle angegeben bezüglich Krankheit und Ernsthaftigkeit. Gleichzeitig wurde von den Kindern die Befürchtung geäußert, dass wichtige Info. vorenthalten oder vereinfacht werden. Obwohl die Eltern immer sagten, die Kinder sollten jederzeit Fragen stellen, befürchteten die Kinder, sie zu verunsichern -&gt; MÖGLICHE BARRIERE. Pflegefachpersonal und Ärzte werden von den Kindern als wertvolle, vertrauenswürdige, objektive Infoquellen angesehen. Probleme wurden beschrieben: ungenügenden Zugang zum Pflegefachpersonal zu haben und auf altersmässig unangepasste Weise informiert zu werden. Kommunikation mit Eltern und Gesundheitsfachleuten schliesst nicht aus, anderweitig Info zu suchen. Das Internet</p>	<p>bunden (beispielsweise möchten die Kinder mit Fragen ihre Eltern nicht „stressen“ und die Eltern ihren Kindern mit zu viel Information die Kindheit nicht rauben). Trotzdem glauben die Eltern, die Personen zu sein, welche die Information an die Kinder übergeben müssen. Aber Eltern benötigen Hilfe und Unterstützung, um den Kindern adäquate Informationen geben zu können. Forrest06 beschreibt, dass sogar junge Kinder Krebs als lebensbedrohliche Krankheit wahrnehmen. Houldin und Lewis06 beschreiben Barrieren vonseiten der Eltern, um die Kinder</p>
---	--	--	--	---

<p>und gerechtfertigt, indem dargestellt wird, dass aus den bis jetzt durchgeführten Studien vor allem Mütter mit Brustkrebs, aber nicht terminale Krankheitsphasen, betrachtet wurden und dass sehr wenig Beachtung der Kommunikation und den Informationsbedürfnissen der Kinder beigemessen wurde.</p> <p><b>Sample:</b> N=28 Teilnehmer (10 kranke Elternteile, 7 Hauptbetreuerpersonen und 11 Kinder). Die Familien wurden über ein Krebszentrum, 2 Hospizzentren, 5 Allgemeinpraxen und einem gynäkologischen Team angefragt. Das Gesundheitsfachpersonal identifizierte Patienten mit einem fortgeschrittenen Krebs, mit min-</p>	<p>oder mit den Eltern/ Geschwistern führen wollten. Zusätzlich zum Interview konnten sie auch schreiben oder zeichnen. Der durchschnittliche Zeitraum der Interviews lag zwischen 2-28 Monaten nach diagnostizierter Krebserkrankung.</p>	<p>Version 2.0 wurde im Analyseprozess einbezogen.</p>	<p>war als wichtige Quelle genannt und gleichzeitig auch als angsteinflößend und unspezifisch. Als positive Internetaspekte wurden Chatforen genannt, unterstützend (gleiche, die Gleiches erleben und trotzdem anonym sind). Die Medien, vor allem Fernsehen, wurde als negativ bewertet (Krebs häufig in Verbindung mit Tod gezeigt). <u>C</u>) Kommunikation mit den Eltern: Die meisten Kinder wollen mit den Eltern sprechen, wie dies in der Familie ausgelebt wird, ist individuell. Der häufigste, genannte Grund, nicht offen über die Gefühle mit den Eltern zu sprechen, ist, die Eltern nicht verunsichern zu wollen und dann nicht damit umgehen zu können. <u>D</u>) Kommunikation mit anderen. Der Grund, nicht mit den Eltern sprechen zu können, oder das Unvermögen, mit den Eltern über Gefühle zu reden, führt dazu, dass die Kinder andere Menschen suchen. Freunde, Geschwister, Bekanntschaften, Lehrer und Gesundheitsfachleute. Einfach jemanden zum Sprechen haben, wurde als sehr hilfreich angesehen. Die Kehrseite davon, wenig Empathie und Einfühlungsvermögen von „Nichtbetroffenen“. Häufig berichteten Kinder auch, obwohl das Bedürfnis zum Sprechen vorhanden war,</p>	<p>nicht zu belasten. Sie neigen dazu, nicht alle Informationen zu geben. Diese Studie weist darauf hin, dass nebst den sachlichen (über die Krankheit) Bereichen auch Bedarf besteht über Gefühle zu sprechen und dass Kinder eher dazu tendieren mit der Mutter zu sprechen.</p> <p><b>Empfehlung für die Praxis:</b> Kennedy et al. sind der Meinung, dass eine Verbesserung der Kommunikation erreicht werden könnte, wenn die Eltern Unterstützung „wie Kinder zu informieren sind“ erhalten würden. Zusätzlich machen sie darauf aufmerksam,</p>
--	--	--	--	--

<p>derjährigen Kindern, und gab ihnen schriftliche Information. Die erkrankte Person gab Information weiter an gesunden Elternteil und Kindern. Einige Personen riefen die Forscher direkt an, weil sie in den Medien über die Studie vernommen hatten.</p> <p><b>Informed consent:</b> Alle erwachsenen Teilnehmer hatten mündliche Einverständniserklärungen abgegeben und die Kinder gaben eine individuelle Einverständniserklärung ab (individuell = Den Kindern wurde mündliche Information und ein Informationsblatt abgegeben). Kinder hatten unbestimmte Zeit, mit den Forschern zwangslos zu sprechen, Fragen zu stellen und mit Familienangehörigen zu</p>			<p>mit niemandem wirklich darüber gesprochen zu haben.</p> <p>2. Die Elternperspektive bestehend aus zwei Themenkreisen <u>A)</u> Den Kindern Erklärungen abgeben. (Die schwierigste und offensichtlichste Aufgabe der Eltern besteht darin, den Kindern zu erklären, was los ist. Gründe dafür sind, keine Geheimnisse zu haben, Kinder für die Zukunft vorzubereiten, Kinder ins Geschehene mit einzubeziehen. Eltern haben das Bedürfnis, die Kinder auf einen möglichen Verlust vorzubereiten. Andere Eltern wollten die Kinder nicht unnötig beunruhigen und entschieden sich deshalb, die Kinder nicht aufzuklären. Sie gaben an, den Kindern nicht die Kindheit stehlen zu wollen. Weitere Gründe zur Nichtaufklärung: Unsicherheit darüber, was zu erwarten ist, Alter der Kinder, oder Kinder mit Lernschwierigkeiten -&gt; Angst vor Verständnisschwierigkeiten. Ein gesteigertes Informationsbedürfnis vonseiten der Kinder, wurde von den Eltern wahrgenommen, je mehr sichtbare physische Symptome vorhanden waren. Schwierigkeiten waren nicht begrenzt bei jungen Kindern. Ältere Kinder wurden beschrieben, als würden sie Info auch anderswo</p>	<p>dass angepasste Information für Eltern und Kinder bezüglich Krankheit, Therapie, Websites wo was zu finden ist, hilfreich wäre.</p> <p>Mädchen im Besonderen benötigen Zugang zu Information, wenn es sich um genetisch vererbare Krebsformen handelt.</p> <p>Mehr Arbeit wird benötigt, um angepasste Informationen abgeben zu können.</p>
---	--	--	---	--

<p>sprechen, bevor sie sich zur Teilnahme entschieden. Die Rechte der Kinder aufzuhören, wurde in verschiedenen Formen erwähnt und betont.</p> <p><b>Ethikkomitee:</b> Die Studie wurde von einer lokalen, klinischen Regierungsgewalt genehmigt.</p>			<p>suchen, z.B. Internet, was jedoch auch Distress auslösen könnte aufgrund aufwühlender Fakten.</p> <p><u>B</u>) Kinderfragen (Eltern berichten, dass Kinder über den Tod reden wollen, sowie über Behandlung, Diagnostik und Nebenwirkungen). Kinder würden unabhängig davon, welcher Elternteil erkrankt war, häufiger die Mutter ansprechen als den Vater. Andere Eltern fühlten sich abgesichert, wenn ihre Kinder Zugang zu spezialisiertem Pflegefachpersonal hatten. Kommunikation wird von den Eltern sehr unterschiedlich gelebt: die einen sprachen immer wieder darüber, die anderen bevorzugten, nicht zu sprechen. Die Art, wie die Eltern mit der Kommunikation umgingen, reflektierte die eigene Bewältigungseinstellung. Eltern, die ablehnend sind und/oder eine positive Einstellung wählen, drängten die Kinder dazu, auch nicht darüber zu sprechen.</p>	
<p><b>Beurteilung</b></p> <p><b>Sample:</b> Teilnehmer werden nicht mit Alter, Gender, Beruf, Wohnsituation, Ethnie beschrieben -&gt; Repräsentativität schwierig, da Population nicht vergleichbar.</p>	<p><b>Beurteilung</b></p> <p><b>Design:</b> 28 Teilnehmer -&gt; Anzahl genügend grosse Population für eine Grounded</p>	<p><b>Beurteilung</b></p> <p><b>Datenerhebung:</b> Ort und Dauer der Interviews angegeben mit geeigneter Zeit und geeignetem Ort -&gt; was heisst das?</p>	<p><b>Beurteilung</b></p> <p>Die Vertrauenswürdigkeit der Resultate wird anhand der Gütekriterien dargestellt:</p> <p><b>Übertragbarkeit:</b> Anzahl N mit 28 Teilnehmern für Grounded Theory ausreichend. Grounded Theory konzentriert sich auf die Theoriebildung. Es fehlt eine genaue Beschreibung des theoretischen</p>	<p><b>Beurteilung</b></p> <p><b>Diskussion/ Interpretation:</b> Die Darstellung der verschiedenen Perspektiven ermöglicht die Wahrnehmung und das Hineinfühlen in die Be-</p>

<p><b>Informed consent:</b> individuelles consent der Kinder -&gt; Erläuterungen dazu helfen und verhindern freie Interpretation.</p> <p><b>Saturation:</b> Es gibt keine Angaben, wie und ab wann Saturation erreicht wurde und ob mit Fortschreiten der Studie genug Flexibilität herrschte, um neue Aussagen generieren zu können.</p>	<p>Theory.</p> <p><b>Methode:</b> Semistrukturierte Interviews, um Meinungen und Perspektiven der Kinder, der gesunden und kranken Elternteile darzustellen, ergeben ein breit abgestütztes Spektrum. Interviewdauer, Ort angeben.</p> <p><b>Theoretische Perspektive:</b> Die Grounded Theory hat</p>	<p><b>Forscher:</b> Anzahl Forscher beschrieben, jedoch ungenügend dargestellt -&gt; welche Ausbildung? Welche Erfahrung in Interviewtechnik? Welche Beziehung zu den Teilnehmer (erste Begegnung? Oder Fachpersonal aus den Gesundheitsinstitutionen? = Vertrauensverhältnis). Interviewfragen themenbasiert -&gt; was heisst das? Gute Forschung erklärt welche Fragen gebraucht werden! Welche Information konnten Forscher geben? Erhielten alle Teilnehmer die gleiche Information -&gt; BIAS? <u>Prozedurale Strenge:</u> Grosse Flexibilität im Ablauf des Interviews und im Zeitmanagement. Unterschiedliche Themenausgangslagen, da die gewonnen Ergebnisse in den folgenden Interviews mit</p>	<p>cal samplings. Zudem fehlt die genaue Beschreibung der Teilnehmer, um die gewonnene Theorie auf die gesamte Population zu übertragen.</p> <p><b>Glaubwürdigkeit:</b> Die Perspektiven der Eltern und der Kinder werden dargestellt. Die Gegenüberstellung der Perspektiven weist Differenzen auf und deckt unterschiedliche Wahrnehmungen auf -&gt; hohe Glaubwürdigkeit der Studie.</p> <p><b>Nachvollziehbarkeit:</b> Die Darstellung der Perspektiven aus Sicht der Eltern sowie der Kinder ermöglicht ein vollständiges Bild. Die zitierten Passagen aus den Interviews im Ergebnisteil zeigen die Gedankengänge der Forscher auf. Die expliziten Datenbeispiele mit Interpretation dazu ermöglichen, die Arbeit der Forscher nachzuvollziehen.</p> <p><b>Bestätigungskraft:</b> Datenanalyse beschrieben, nachvollziehbar. Entspricht Grounded Theory.</p>	<p>teiligten. Die abgeleitete Diskussion erscheint nachvollziehbar.</p> <p><b>Die Empfehlung für die Praxis:</b> Grounded Theory möchte Theorien ableiten, Kennedy et al. weisen auf die Wichtigkeit der Information hin mit konkreten Angaben, in welchen Bereichen Information weiter bearbeitet werden sollte.</p> <p><b>Limitationen:</b> Die Studie wies darauf hin, dass Kinder eher mit den Müttern sprechen, ungeachtet ob sie die kranke oder gesunde Elternperson ist. Was ist, wenn die Mutter irgendwann zu schwach ist, um Informationen an</p>
---	--	--	--	--

	zum Zweck, Theorie zu bilden aus dem verankerten Wissen in der Realität: induktives Vorgehen.	einbezogen wurden. <b>Analyse:</b> Nachvollziehbar beschrieben. Tape-> Transkripte -> codieren -> Leitthemen -> erneutes codieren -> constant comparison. Die 3 grundsätzlichen Schritte: Beschreibung, Analyse, Interpretation-> ausgeführt.		die Kinder zu geben oder mit ihnen zu sprechen? Ein weiteres Problem: Kinder in Einfamilienhaushalten mit Vätern in der alleinigen Hauptverantwortung, was ist dann?
--	---	---	--	--

### Literaturanalyse Studie 5

Osborn, T. (2007). The psychosocial impact of parental cancer on children and adolescents: a systematic review. *Psychooncology*, 16(2), 101-126.

Glaubwürdigkeit	Aussagekraft	Anwendbarkeit
<p><b>1. Wurde eine präzise Fragestellung untersucht?</b></p> <p>In der Review wurden 2 Fragen gestellt: A) Besteht bei Kindern, in der frühen Krebskrankheitsphase eines Elternteils, ein erhöhtes Risiko, psychosoziale Schwierigkeiten zu entwickeln?</p> <p>B) Welche Faktoren führen zu psychosozialen Abweichungen bei Kindern, wenn ein Elternteil sich in einem frühen Krebskrankheitsstadium</p>	<p><b>7. Was sind die Ergebnisse?</b></p> <p>Zur ersten Fragestellung: <u>1. Innerliche Probleme:</u> Verglichen mit der Referenzgruppe gaben die adoleszenten Töchter einer erkrankten Mutter ein signifikant höheres Level an, innerliche Probleme zu haben (Birenbaum, Visser, Welch). Die Studie von Cappelli fand keine Unterschiede zwischen den adoleszenten Töchtern und der Referenzgruppe.</p> <p>Die meisten Studien wiesen darauf hin, dass die Eltern keine erhöhten Levels an innerlichen Kinderproblemen feststellten, verglichen mit der Referenzgruppe (Cappelli, Heiney, Sigal, Welch).</p> <p>Insgesamt deuten die Belege der Studien darauf hin, dass Kinder ein geringfügig er-</p>	<p><b>9. Sind die Ergebnisse auf ähnliche Patienten übertragbar?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hauptsächliche Betrachtung mütterlicher Krebserkrankungen -&gt; Väter bis jetzt</li> </ul>

<p>befindet?</p> <p><b>2. Waren die Einschlusskriterien für die Auswahl der Studien angemessen?</b></p> <p><u>Methode:</u> Es wurde Primärliteratur gesucht, welche eines der folgenden 2 Bereiche ausgewertet hatte.</p> <p>A) Vergleich des psychosozialen Verhaltens bei Kindern mit einem an Krebs erkrankten Elternteil in einer frühen Krebskrankheitsphase, verglichen mit einer Referenzgruppe.</p> <p>B) Abweichende Variablen identifizieren bei Kindern mit einem an Krebs erkrankten Elternteil in der frühen Krebskrankheitsphase.</p> <p><u>Messungen:</u> Standardisierte Instrumente, um das psychosoziale Verhalten eines Kindes zu messen (1.innerliche Probleme: Depression und Angst, 2.externe Probleme: Aggressionen, 3.soziales Verhalten, 4.Stressreaktion und 5.andere Aspekte).</p> <p><u>Teilnehmer:</u> Kinder im Alter zwischen 5-18Jahren. Eltern mit einer Krebserkrankung: keine Metastasen, nicht terminal, nicht fortgeschritten oder im Krebskrankheitsstadium 4.</p> <p><u>Ausschlusskriterien:</u> Studien, die nicht im peer</p>	<p>höhtes Risiko haben, innerliche Probleme aufzuweisen. Die Selbsteinschätzung der Adoleszenten deutet auf mehr Probleme hin, als ihre Eltern dies tun. Die jungen Kinder sind ungenügend erforscht.</p> <p><u>2. Externe Probleme:</u> Dazu gibt es kaum Evidenz, dass Kinder ein erhöhtes Risiko haben diese Probleme zu entwickeln. Im Vergleich zur Referenzgruppe konnten Birenbaum, Cappelli, Visser keine Unterschiede feststellen.</p> <p><u>3. Sozialkompetenz:</u> Es gibt keine Evidenz, dass das Sozialverhalten von Kindern mit einem an Krebs erkrankten Elternteil negativ beeinflusst wird (Birenbaum, Cappelli, Hoke, Howes). Im Gegenteil, in der Studie von Birenbaum wurde eine signifikant bessere Sozialkompetenz festgestellt im Vergleich zur Referenzgruppe.</p> <p><u>Angst und Depression:</u> Die Evidenz ist ungenügend, um Angaben dazu machen zu können.</p> <p><u>5. Andere Aspekte:</u> Selbstsicherheit schien tiefer zu sein, obwohl nicht signifikant (Armsden). Adoleszente Töchter von erkrankten Müttern weisen höhere Levels auf, Sorgen zu haben, im Vergleich zur Referenzgruppe (Cappelli). Adoleszente weisen tiefere Stressreaktionlevels auf im Vergleich zu Adoleszenten von gesunden Eltern (Harris).</p> <p>Zur zweiten Fragestellung: <u>Medizinische Variablen:</u> Eine Studie stellte fest, dass Krebsrezidive oder intensivere Behandlungen verbunden waren mit negativeren Ergebnissen bei den Adoleszenten (Huizinga). Bei länger zurückliegender Behandlung sanken die innerlichen Probleme bei den 6-18 jährigen Kindern und auch die externen Probleme wurden weniger selbst berichtet bei den 12-18 jährigen (Sigal). Drei andere Studien fanden keine Verbindung zum Diagnosezeitpunkt und einer Abweichung (Howes, Huizinga, Watson). Insgesamt gibt es wenig überzeugende Evidenz für Kinderabweichungen, welche in Verbindung gebracht werden könnten mit Behandlungskom-</p>	<p>wenig Beachtung erhalten!</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die psychosozialen Bedürfnisse von jüngeren Kindern sind ungenügend erforscht, da es ungenügend validierte Instrumente gibt.</li> <li>• Interpretation der Studienergebnisse eingeschränkt durch nicht repräsentative Vergleichsgruppen und tiefe statistische Power.</li> <li>• Bei Frage 1: Alle Studien sind Quer-</li> </ul>
--	--	--

<p>reviewed Journal waren, Studien, die nicht vollständig auf Englisch verfasst wurden.</p> <p><u>Datenbanken:</u> Medline ab 1951, Cinahl ab 1982, PsycInfo ab 1806, Embase ab 1974. Suchstrategie angegeben.</p> <p><b>3. Ist es unwahrscheinlich, dass relevante Studien übersehen wurden?</b></p> <p>Siehe Begründung.</p> <p><b>4. Wurde die Glaubwürdigkeit der verwendeten Studien mit geeigneten Kriterien eingeschätzt?</b></p> <p><u>Methodologische Qualität:</u> Die Studien, die zur Beantwortung der <u>ersten Fragestellung</u> eingeschlossen wurden, wurden in drei Indikatoren bewertet: A) psychometrische Eigenschaften des Messinstrumentes B) Eignung der Referenzgruppe C) War die Studiengröße genügend gross, um statistische „power“ zu erhalten. Die Darstellung der Studienanalysen wurde separat in einer Tabelle präsentiert.</p> <p><u>Zweite Fragestellung:</u> Ziel war es, einen möglichst grossen Überblick zu erhalten, sodass nicht stark eingeschränkt wurde. Ein narrativer strukturierter Denkansatz wurde ausgewählt.</p>	<p>ponenten oder Krankheitsunterschieden.</p> <p><u>Soziodemographische Variablen:</u> Es gab kaum Evidenz im Zusammenhang mit soziodemographischen Variablen und Abweichungen bei den Kindern. Eine Ausnahme: In Bezug auf die Wechselwirkung zwischen Kind, Geschlecht und Alter. Adoleszente Töchter gaben selbst an, mehr innerliche, externe Probleme und Stressreaktions-Symptome (Compas group, Huizinga group), sowie Angst (Nelson) und ein tiefes Selbstwertgefühl (Lewis group) zu haben. Nur eine Studie fand Geschlechterunterschiede, die von den Eltern berichtet wurden, mit signifikant mehr innerlichen, externen Problemen bei den Adoleszenten Töchtern als bei den Söhnen (Huizinga). Geschlechterunterschiede waren bei jüngeren Kindern nicht evident. Jüngere Kinder wiesen mehr Stressreaktions-Symptome auf (Compas group).</p> <p><u>Eltern Stimmung:</u> Eine Verbindung zwischen elterlicher Stimmung und Auswirkungen auf die Kinder ist unterschiedlich. Erkrankte Mütter mit depressiven Symptomen und innerlichen, externen Problemen, gaben auch (Hoke, Lewis) innerliche, externe Probleme bei den Kindern an (Lewis). In einer Studie wurde darauf hingewiesen, dass wenn die erkrankte Mutter depressive Symptome hatte, dies ein Anzeichen dafür war, innerliche und externe Probleme sowie Distress zu entwickeln (Watson). Andere Studien fanden keinen Zusammenhang (Nelson, Lewis).</p> <p><u>Familienvariablen:</u> Im diesem Zusammenhang wurde ein signifikanter Punkt identifiziert: Kommunikation/Ausdrucksfähigkeit. Adoleszente, die innerhalb der Familie über eine schlechte Kommunikation berichteten, waren verbunden mit höheren Levels an Angst und Depression, externen Problemen (Watson) und Angst bei den Söhnen (Nelsons). Huizinga berichtete über eine offenere Kommunikation zwischen dem gesunden Elternteil und den adoleszenten Kindern, dies deutete auf eine tiefere Stressreaktions-Symptomatik bei den Töchtern hin. Osborn erlaubte sich eine vorläufige Schlussfolge-</p>	<p>schnittanaly- sen, zeigen ei- nen Zusam- menhang zwi- schen Anzei- chen- und Re- sultatvariablen und machen keine Aussa- gen zur Kau- salität.</p> <p><b>10. Wurden alle wichtigen Ergebnisse betrachtet?</b></p> <p>Eine Krebserkrankung bei einem Elternteil mit minderjährigen Kindern verhindert, dass die Eltern die Kinder immer beobachten können, was sie genau brauchen. Diese Tatsache verstärkt</p>
--	---	---



<p><b>5. Ist die Beurteilung der verwendeten Studien nachvollziehbar?</b> Für die Beantwortung der ersten Fragestellung wurden 12 Querschnittstudien eingeschlossen. Für die zweite Fragestellung 19 Studien. Siehe Begründung.</p> <p><b>6. Waren die Studien ähnlich?</b> Die Darstellung ähnlicher Studien war eine grosse Herausforderung. Diese Review fokussierte auf ein an Krebs erkranktes Elternteil im frühen Krankheitsstadium -&gt; mögliche Confounder wurden versucht auszuschliessen. Siehe Begründung.</p>	<p>rung: Eine offene Kommunikation/Ausdrucksfähigkeit mit den Adoleszenten ist mit besseren Ergebnissen verbunden. Die jüngeren Kinder sind ungenügend erforscht. Auch der Familienzusammenhang scheint eine evidente Rolle zu spielen. Ein schwacher Familienzusammenhang wurde in Zusammenhang berichtet mit hohen Levels an Depression und Angst (Harris) und externen Problemen (Watson). Evidenz zwischen Eltern Qualität und Adoleszenten wurde auch von (Lewis) in Zusammenhang gebracht. Die jüngeren Kinder sind ungenügend erforscht.</p> <p><u>Andere Aspekte:</u> Es gibt Evidenz, dass bei Adoleszenten, je ernsthafter die Erkrankung der Eltern ist, desto mehr Stressreaktions-Symptome auftreten (Compas group, Hui-zinga). Je besser die soziale Unterstützung des erkrankten Elternteils und der Kinder ist, desto besser sind die Ergebnisse (Lewis, Nelson)</p> <p><b>8. Wie präzise sind die Ergebnisse?</b> In der methodologischen Betrachtung der Ergebnisse werden die psychometrischen Messmethoden und die statistische Stärke „Power“ angegeben (Birenbaum).</p>	<p>das Bedürfnis, verschiedene Informanten einschliesslich Eltern, Ehepartner, Partner und Kinder zu befragen, damit ein vollständiges Bild entstehen kann.</p> <p>Hinweis: Familien als Systeme zu betrachten, welche sich gegenseitig beeinflussen.</p>
<p><b>Beurteilung</b></p> <p><b>Glaubwürdigkeit:</b> <u>3.</u> Wieso wurde die Cochrane library als Datenbank nicht durchsucht? Es wurden nur Englischsprachige Studien in die Review eingeschlossen. Es ist davon auszugehen, dass auch in anderen Sprachen über diese Thematik publiziert wurde -&gt; Diese Einschränkung kann relevante Studien ausgeschlossen haben. Es wurden keine nicht publizierten Studien gesucht -&gt; Einschränkung der Trefferstudien?</p> <p><u>5.</u> Die Angaben zur Beurteilung der Studien sind nachvollziehbar beschrieben, in Prosa und graphisch in Tabellenform.</p> <p><u>6.</u> Die Darstellung ähnlicher Studien wurde bereits als Herausforderung beschrieben -&gt; Eine Krebserkrankung besteht aus vielen Krankheitsphasen mit dazugehörigen spezifischen Bedürfnissen. Die Angaben der Bedürfnisse sind zum Teil selber berichtet oder stellvertretend dargestellt. Da sind noch vielfältige Nuancen, die zu berücksichtigen wären, um mögliche Confounder auszuschliessen!</p> <p>Wie viele Forscher haben die Studien ausgewertet und beurteilt?</p> <p>8. Lediglich die Studie von Birenbaum gab statistische Stärke an. Ansonsten gibt es keine statistischen Angaben.</p>		

### C. Evidenzlevel für qualitative Studien (Kearney, 2001)

<b>Level 1</b>	Detaillierte, umfassende Beschreibung komplexer Einflüsse
<b>Level 2</b>	Die Essenz geteilter Erfahrungen wird beschrieben und ergänzt
<b>Level 3</b>	Die Essenz von Erfahrungen wird beschrieben
<b>Level 4</b>	Daten werden kategorisiert, jedoch keine detaillierte Beschreibung
<b>Level 5</b>	Daten werden einem bereits bestehenden Rahmen zugeordnet

Quelle: Kearney, M. H. (2001). Levels and applications of qualitative research evidence. *Research in Nursing & Health*, 24(2), 145-153.

### D. Gütekriterien (Guba und Lincoln, 1981)

Kriterien	Merkmale des Kriteriums
<b>Glaubwürdigkeit</b> „credibility“	Korrektheit der Befunde aus der Sicht der Teilnehmenden. Korrektheit der Ergebnisse aus Sicht der Mitglieder der wissenschaftlichen Disziplin.
<b>Nachvollziehbarkeit</b> „dependability“	Ist die Arbeit und die Entscheidungen von der Forschungsfrage bis zur Interpretation nachvollziehbar? Plausibel? Sammlung sämtlicher Rohdaten und Prozessnotizen. Es sollte zum Beispiel möglich sein, den Gedankengang des Forschers Schritt für Schritt durch explizite Datenbeispiele, Interpretationen und Synthesen nachzuvollziehen.
<b>Übertragbarkeit</b> „transferability“	Hat es genügend Informationen um die Anwendung der Ergebnisse in einem anderen Kontext evaluieren zu können
<b>Bestätigungskraft</b> „confirmability“	Angemessenheit im Sinne der Genauigkeit. Richtige Interpretation der Daten.

Quelle: Guba und Lincoln (1981). In LoBiondo-Wood und Haber (2005).

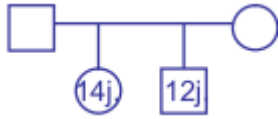


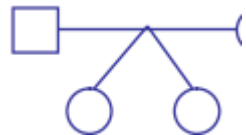
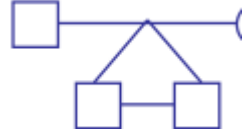
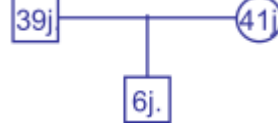
### E. Evidenzlevel für Review-Studie (Gerontological Nursing, 1999)

Stärke und Konsistenz der Bewertung des Evidenzgrades	
<b>A</b>	Evidenz aus einer gut konzipierten Metaanalyse
<b>B</b>	Evidenz aus gut konzipierten, kontrollierten Versuchen, randomisiert wie nicht-randomisiert, deren Ergebnisse konsistent eine bestimmte Handlung (z.B. Messung), Intervention oder Behandlung unterstützen
<b>C</b>	Evidenz aus Beobachtungsstudien (z.B. deskriptiven Korrelationsstudien) oder kontrollierten Versuchen mit inkonsistenten Ergebnissen
<b>D</b>	Evidenz aus Expertenmeinungen oder verschiedenen Fallberichten

Quelle: Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Dissemination Core (1999). In LoBiondo-Wood und Haber (2005, p. 674).

## F. Beschreibung der Symbole für das Geno- und Ökogramm

### Genogramm: Beschriftung mit blauer Farbe

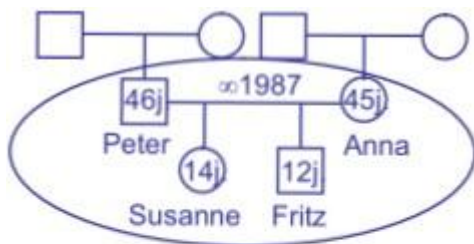
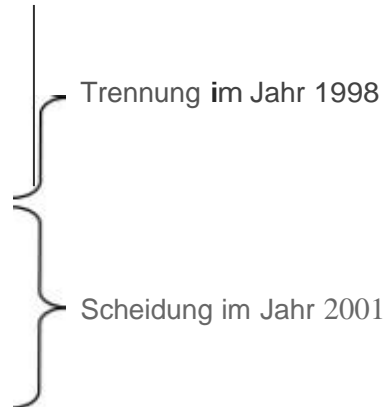
<b>D</b>	<b>O</b>	männlich	weiblich
<b>[Q]</b>	<b>@</b>	Indexperson. männlich	Indexperson. weiblich
		Familie mit zwei Kindern: bei einem Paar wird der Mann links, die Frau rechts eingezeichnet Tochter und Sohn, nach Alter von links nach rechts	
t2003	t2003		
	<b>O</b>	verstorben im Jahr 2003	
<b>A</b>		Schwangerschaft	
t2005 in SSW 21	<b>(R)</b> t2005 in SSW 21	Totgeburt im Jahr 2005 in der 21. Schwangerschaftswoche	
		Fehlgeburt	
		Abtreibung	
		Zwillinge Zwei Mädchen	
		Zwillinge eineiige Knaben	
		Adoption	
		Adoption 2003	



Partnerschaft seit dem Jahr 1985

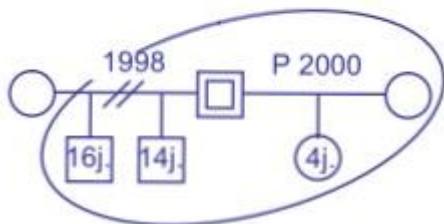
Heirat im Jahr 1987

**f'IEP 200h** eingeschriebene gleichgeschlechtliche Partnerschaft seit dem Jahr 1999 bzw. seit 2001



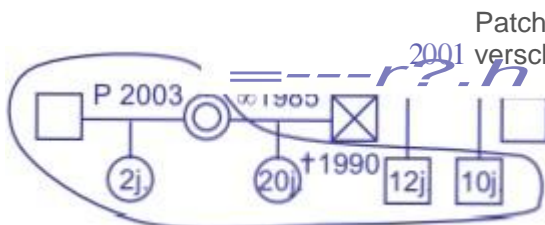
Familie Ober drei Generationen

Der Kreis bezeichnet die Familienmitglieder, welche in einem Haushalt zusammen leben. Die Haushaltslinie wird in der Genegrammfarbe blau gezeichnet. Das Alter wird mit dem aktuellen Alter festgehalten.



Patchworkfamilie mit Kindern aus zwei Partnerschaften

Beider aktuellen Partnerschaft wird die Vorschrift "Mann links, Frau rechts" beibehalten. Beiden früheren Beziehungen wird diese Vorschrift aufgehoben.



Patchworkfamilie mit Patientin, die Kinder aus drei verschiedenen Partnerschaften hat

Ihr erster Mann ist 1990 verstorben. Vom zweiten Mann ist sie seit 2001 geschieden. Mit ihrem dritten Mann lebt sie seit 2003 in Partnerschaft.

## Ökogramm: Beschriftung mit roter Farbe

	normale Beziehung
	enge Beziehung
	sehr enge Beziehung
	Konflikt beladene Beziehung
	distanzierte Beziehung
 seit 20 Jahren	entfremdete oder abgebrochene Beziehung seit 20 Jahren

Quelle: Familienzentrierte Pflege, Handbuch zum Film (Preusse-Bleuler, 2008, pp. 23-25)

## G. Mögliche Interventionen in Anlehnung an das CFIM

Bedürfniskategorie	Interventionen
<b>Bedürfnis nach Information und Kommunikation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anerkennung der Stärken und wohlwollende Wertschätzung</li> <li>• Ermutigen Krankheitsgeschichte zu erzählen</li> <li>• Information anbieten</li> </ul>
<b>Bedürfnis nach emotionaler Sicherheit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anerkennung der Stärken und wohlwollende Wertschätzung</li> <li>• Normalisierung von emotionalen Reaktionen</li> <li>• Information anbieten</li> </ul>
<b>Bedürfnis nach ehrlichen Emotionen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anerkennung der Stärken und wohlwollende Wertschätzung</li> <li>• Normalisierung von emotionalen Reaktionen</li> <li>• Ermutigen Krankheitsgeschichte zu erzählen</li> </ul>
<b>Bedürfnis nach Alltag und Erfüllung der verschiedenen Rollen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ermutigen Krankheitsgeschichte zu erzählen</li> <li>• Unterstützung durch die Familie aktivieren</li> <li>• Ermutigen Erholungspausen einzuplanen</li> </ul>
<b>Bedürfnis nach Normalität und Wohlbefinden der Kinder</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ermutigen Krankheitsgeschichte zu erzählen</li> <li>• Entwickeln, weiterführen von Ritualen</li> <li>• Ermutigen Erholungspausen einzuplanen</li> </ul>
<b>Bedürfnis nach Ausgleich der verschiedenen Bedürfnisse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anerkennung der Stärken und wohlwollende Wertschätzung</li> <li>• Ermutigen Krankheitsgeschichte zu erzählen</li> <li>• Ermutigen Erholungspausen einzuplanen</li> <li>• Entwickeln, weiterführen von Ritualen</li> </ul>
<b>Bedürfnis nach Unterstützung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterstützung durch die Familie aktivieren</li> <li>• Information anbieten</li> <li>• Anerkennung der Stärken und wohlwollende Wertschätzung</li> </ul>

Die möglichen Interventionen sind nicht validiert und nicht als vollständig anzusehen. Sie stellen eine Grundlage dar für die weitere Entwicklung von Familieninterventionen im Akutspital.

## **H. Informationsblatt für das Pflegefachpersonal**

### **Wieso eine Bedürfniserfassung bei Familien mit minderjährigen Kindern?**

Die Familien spielen für ihre kranken Familienangehörigen eine bedeutende Rolle. Sie erfüllen den Patienten häufig eine Fülle von praktischen Tätigkeiten und fühlen emotional mit. Es ist dem Pflegefachpersonal ein Anliegen, dass sich die Patienten und der Kreis nahe stehender Personen, den die Patienten als ihre Familie bezeichnen, sich auf der medizinisch-onkologischen Abteilung vom Pflegefachpersonal anerkannt und wertgeschätzt fühlen.

### **Was heisst familienzentriert pflegen?**

Der Einbezug der Familie in den Pflegeprozess beginnt bei Spitaleintritt mit dem Pflegeanamnesegespräch und wird mit weiteren Familiengesprächen während des Spitalaufenthaltes ergänzt.

### **Das „Calgary family model“ als Handlungsanleitung für das Pflegefachpersonal**

Das Modell stellt für das Pflegefachpersonal eine konkrete Handlungsanleitung dar und besteht aus vier zentralen Aspekten.

1. Beziehungsaufbau
2. Assessment
3. Interventionen
4. Abschluss der Beziehung

Nachdem der Patient und seine Familie begrüsst wurden, findet die Durchführung des Assessments statt. Aus der Perspektive der Patienten und seiner Familie wird die Familiensituation anhand einer Zeichnung (Genogramm) visuell transparent gemacht. Diese Zeichnung liefert Informationen über die Familie, es ist eine Art Stammbaum über meistens drei Generationen. Zusätzlich können Informationen über Gesundheit, Beruf, Religion, Ethnie sowie zur Migration erhoben werden. Zudem können weitere nicht verwandtschaftliche Verbindungen aufgezeigt werden, wie beispielsweise Freunde, Arbeits- und Vereinskollegen (Ökogramm). Es stellt den Kontakt der Familien mit anderen Systemen schematisch dar. Es bietet die Möglichkeit, Ressourcen und Probleme festzustellen. Zusätzlich folgen Fragen zu den Aktivitäten des täglichen Lebens.

Die Interventionen sind auf der kognitiven, affektiven und verhaltensbezogenen Ebene angesiedelt und beinhalten beispielsweise: Information oder Instruktion geben; Aufzeigen, Anerkennen und Wertschätzen von Stärken der Familie; Emotionale Reaktionen normalisieren; Ermutigen, die Krankheitsgeschichte zu erzählen; Die Familie ermutigen, die Rolle der pflegenden Angehörigen zu übernehmen; Die Familie zu Erholungspausen ermutigen; Entwickeln von Ritualen.

Der Abschluss des Familiengesprächs ist wie der Beginn essentiell. Etwa zehn Minuten vor Gesprächsende ist es sinnvoll, das Besprochene zusammen zu fassen, Wertschätzung für das Erreichte auszusprechen und einen Ausblick auf das nächste Familiengespräch zu bieten. Bei Bedarf werden weitere Fachpersonen (beispielsweise Sozialarbeiter) zugewiesen oder eine Wiederkontakt-

aufnahme angeboten. Verläuft der Abschluss des Gesprächs positiv, geht die Familie gemeinsam mit Mut, Hoffnung und Vertrauen nach Hause.

### **Welche Bedürfnisse können Familien mit minderjährigen Kindern, welche ein krebserkranktes Elternteil haben, aufweisen?**

Eine in vier Datenbanken durchgeführte Studienrecherche in der Zeit von September bis Dezember 2011 hat folgende Bedürfniskategorien aufgezeigt. Die Familien haben das Bedürfnis nach: 1. Information und Kommunikation 2. emotionaler Sicherheit 3. ehrlichen Emotionen 4. Alltag und Erfüllung der verschiedenen Rollen 5. Normalität und Wohlbefinden der Kinder 6. Ausgleich der verschiedenen Bedürfnisse 7. Unterstützung.

### **Anhand welcher möglichen Fragen können diese Bedürfnisse erfasst werden?**

**Bedürfnis 1.** Wen möchten Sie dabei haben, wenn Sie Ihren minderjährigen Kindern von der Krebsdiagnose berichten? Was wissen Sie, Ihre Familie und die minderjährigen Kinder über die Erkrankung, Therapie oder den Verlauf der Erkrankung?

**Bedürfnis 2.** Welches ist Ihr zentrales Anliegen für den Aufenthalt hier auf der medizinisch onkologischen Abteilung? Was denken Sie und Ihr Ehemann, Ihre Ehefrau, Ihr Partner, welche Unterstützung Ihrerseits Ihren minderjährigen Kindern gut tut? Was ist die grösste Herausforderung für Ihre Familie im Hinblick auf den Austritt?

**Bedürfnis 3.** Was belastet Sie und Ihre Familie im Moment am meisten? Was macht Ihnen, Ihrer Familie und den minderjährigen Kindern am meisten Sorgen? Was denken Sie, wie reagieren Ihre minderjährigen Kinder, wenn Sie ihnen von der Krebsdiagnose erzählen? Welche Auswirkungen hat die Krankheit auf Ihre Beziehung als Paar, auf Ihr Familienleben und was lösen diese aus?

**Bedürfnis 4.** Welche Auswirkungen hat die Zeit des Spitalaufenthalts ihres Mannes, ihrer Frau, ihres Partners auf Sie und die minderjährigen Kinder in Bezug auf Haushalt, Schule und Arbeit? Welche Veränderungen hat dies innerhalb des Familienalltags zur Folge? Was machen Ihre adoleszenten Kinder in der Freizeit?

**Bedürfnis 5.** Wie hat sich der Alltag vor und während des Spitalaufenthaltes für die minderjährigen Kinder verändert? Woran merken Ihre minderjährigen Kinder, dass ein Elternteil im Spital ist?

**Bedürfnis 6.** Was glauben Sie braucht Ihr Ehemann, Ihre Ehefrau, der Partner, Ihre minderjährigen Kinder und was brauchen Sie? Was machen Sie und Ihre Familie in der Freizeit? Wie stellen Sie sicher, dass die verschiedenen Bedürfnisse mitgeteilt und untereinander abgesprochen werden?

**Bedürfnis 7.** Mit wem würden Sie am liebsten über Ihre Sorgen und Ängste sprechen? Welche Bezugspersonen, welches professionelle Helfernetz würden Sie und Ihre Familie gerne um sich haben und in Anspruch nehmen?