



Unfall kinderleicht überwinden

Pflegerische Interventionen, mit denen Kinder in der Bewältigung des Unfalls unterstützt werden können

Leemann Lisa



Massei Chiara



Departement Gesundheit
Institut für Pflege

Studienjahr: PF20

Eingereicht am: 5. Mai 2023

Begleitende Lehrperson:



**Bachelorarbeit
Pflege**

Inhalt

1. Einleitung.....	1
2. Zielsetzung	3
3. Theoretische Verankerung	3
3.1 Begriffsklärungen	3
3.1.1 Kinder.....	3
3.1.2 Unfall.....	3
3.1.3 Trauma.....	3
3.1.4 Posttraumatische Belastungsstörung/Akute Belastungsstörung	4
3.1.5 Pflegerische Interventionen.....	5
3.1.6 Akutspital	6
3.2 Pflegerische Unterstützung in der Unfallbewältigung – ein Praxiskonzept.....	6
3.2.1 Bewältigung	6
3.2.2 Unterteilung der Bewältigungsstrategien.....	7
3.2.3 Einflussfaktoren auf Bewältigung	7
3.2.4 Pflegerische Interventionen (nach Bühlmann, 2009).....	10
4. Methodisches Vorgehen	13
4.1 Datenbankrecherche	13
4.2 Limitationen, Ein- und Ausschlusskriterien	15
4.3 Instrumente zur Gütebeurteilung	16
4.4 Auswahl der Studien	17
5. Resultate	17
5.1 Studie von Haag et al. (2020).....	20
5.1.1 Zusammenfassung.....	20
5.1.2 Kritische Würdigung	21
5.1.3 Gütebeurteilung.....	21
5.2 Studie von Marsac et al. (2013).....	22
5.2.1 Zusammenfassung.....	22
5.2.2 Kritische Würdigung	23
5.2.3 Gütebeurteilung.....	23
5.3 Studie von Alisic et al.	24
5.3.1 Zusammenfassung.....	24

5.3.2 Kritische Würdigung	24
5.3.3 Gütebeurteilung.....	25
5.4 Studie von Marsac et al. (2018).....	25
5.4.1 Zusammenfassung.....	25
5.4.2 Kritische Würdigung	26
5.4.3 Gütebeurteilung.....	27
5.5 Studie von Weiss et al. (2019).....	27
5.5.1 Zusammenfassung.....	27
5.5.2 Kritische Würdigung	28
5.5.3 Gütebeurteilung.....	29
5.6 Review von Jones et al. (2018)	29
5.6.1 Zusammenfassung.....	30
5.6.2 Gütebeurteilung.....	32
6. Diskussion	32
6.1 Wohlbefinden unterstützen.....	32
6.2 Bewältigungsfähigkeit stärken	33
6.3 Verarbeitung der Traumaerfahrung unterstützen	34
6.4 Angehörige unterstützen	35
6.5 Übergang in die häusliche Situation vorbereiten	36
7. Theorie-Praxis-Transfer.....	37
7.1 Wohlbefinden unterstützen.....	37
7.2 Bewältigungsfähigkeit stärken.....	39
7.3 Verarbeitung der Traumaerfahrung unterstützen	40
7.4 Angehörige unterstützen	41
7.5 Übergang in die häusliche Situation vorbereiten	42
8. Beantwortung der Fragestellung.....	42
9. Limitationen	43
10. Fazit.....	44
Abkürzungsverzeichnis.....	47
Tabellenverzeichnis.....	48
Abbildungsverzeichnis.....	49
Literaturverzeichnis	50

Wortzahl	53
Danksagung	54
Eigenständigkeitserklärung.....	55
Anhang	56
Suchverlauf	56
Studien, die nicht als Hauptstudien verwendet wurden, inkl. Begründung	59
Zusammenfassung, kritische Würdigung und Gütebeurteilung der Studien und des Review	61
Studie von Haag et al. (2020)	61
Studie von Marsac et al. (2013)	66
Studie von Alisic et al. (2014).....	70
Studie von Marsac et al. (2018)	75
Studie Weiss et al. (2019).....	80
Review von Jones et al. (2018).....	85

Abstract

Einleitung:

Nach einem Unfall hat ein Kind nicht nur mit den physischen Herausforderungen, sondern oft auch mit psychisch schwierigen Situationen zu kämpfen. Die Pflegefachperson ist eine wichtige Bezugsperson während des Spitalaufenthaltes. Deshalb ist es wichtig, das Kind auch im psychischen Bewältigungsprozess zu unterstützen.

Fragestellung:

«Für welche pflegerischen Interventionen im Akutspital zeigen Kinder im Alter von eins bis achtzehn Jahren Unterstützungsbedarf für die psychische Bewältigung nach einem Unfall?»

Methode:

In den Datenbanken Pubmed, Cinahl Complete, Medline, Emcare und Cochrane Library wurde eine Literaturrecherche durchgeführt. Es wurden fünf Studien und ein Review für Bearbeitung, kritische Würdigung und Diskussion ausgewählt.

Ergebnisse:

In der Literatur wurden verschiedene Interventionen zur Unterstützung der Bewältigung des Unfallgeschehens gefunden. Die Resultate wurden in die folgenden Interventionsgruppen nach dem Konzept von Bühlmann (2009) gegliedert: Wohlbefinden unterstützen, Bewältigungsfähigkeiten stärken und die Verarbeitung der Traumaerfahrung unterstützen, psychische Belastung reduzieren, Angehörige unterstützen und Übergang in die häusliche Situation vorbereiten.

Schlussfolgerung:

Es gehört zu den Aufgaben einer Pflegefachperson, Kinder nach einem Unfall in ihrer Bewältigung zu begleiten. In den bereits erwähnten Interventionsgruppen wurden deshalb einzelne Praxistipps formuliert, die einfach umzusetzen sind.

Keywords:

pediatric injury, accident, nursing intervention, children, pediatric

1. Einleitung

«Nein, Mama, ich kann das allein!» Und schon ist es passiert. Der Baum war doch zu hoch und der Junge, der soeben die helfende Hand seiner Mutter ausgeschlagen hatte, liegt weinend am Boden. Der Ast war nass, das Kind ist ausgerutscht und vom Baum gefallen.

Im Jahr 2021 registrierte die Beratungsstelle für Unfallverhütung (Niemann et al., 2021) in der Schweiz ca. 61'000 Kinder bis 16 Jahre, die aufgrund eines Unfalls hospitalisiert werden mussten. Die häufigste Unfallursache bilden in 31'000 Fällen Stürze. Für ein Kind ist eine damit verbundene Hospitalisation stets ein Ausnahmezustand. Die Verletzung und die damit verbundenen Veränderungen können einen Einfluss auf Psyche und Genesung des Kindes haben (Marsac et al., 2018). Marsac et al. (2018) gehen davon aus, dass 10 bis 15% der Kinder, die eine Verletzung erleiden, noch Monate nach dem Unfall posttraumatische Stresssymptome (PTSS) aufweisen, die eine direkte Einschränkung in einfachen Alltagstätigkeiten sein können. Unbehandelt können sie zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) oder anderen schwerwiegenden psychischen Erkrankungen führen (Bühlmann, 2009). Mögliche körperliche Langzeitfolgen sind Wachstumsverzögerungen oder eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, an Asthma, Übergewicht und Infektionen zu erkranken (Maroney, 2020). Obwohl bekannt ist, dass Kinder eine vulnerable Gruppe für posttraumatische Stresssymptome nach einem Unfall sind, werden die Anzeichen häufig nicht erkannt und nicht therapiert (Lantz, 2020).

Während die Rolle von Ärzt:innen und Psycholog:innen in verschiedenen Studien beschrieben wird (Coakley et al., 2010; Kassam-Adams et al., 2011), lässt sich auf den ersten Blick wenig zur Rolle der Pflegefachpersonen finden. Pflegefachpersonen sind jedoch im Spital primäre Bezugspersonen für Kinder und haben demnach eine bedeutende Aufgabe bei der Erkennung und Bekämpfung von posttraumatischen Belastungssymptomen der Kinder. Sie übernehmen die Betreuung rund um die Uhr – auch nachts, wenn sonst niemand da ist. Sie begleiten den Alltag der Kinder und deren Bezugspersonen, helfen ihnen, trotz des Erlebten einen kindgerechten, unbeschwertem Tagesablauf zu gewährleisten. Es ist ihre Aufgabe, Veränderungen und Auffälligkeiten zu erkennen

und mit den Eltern abzusprechen, ob das Kind diese bereits vor dem Unfall gezeigt hat. Die Verlässlichkeit einer Pflegefachperson unterstützt die Kinder und ihre Eltern beim Aushalten von schwierigen Situation, indem die Pflegefachperson «mit-trägt» und «mit-durchsteht» (Käppeli, 2005). Ausserdem ist ihre zentrale Rolle, nebst der Erkennung von Auffälligkeiten und Symptomen, geeignete pflegerische Interventionen herauszuarbeiten, um die Kinder im Alltagsgeschehen zu unterstützen (Weiss et al., 2019). Dies setzt ein gegenseitiges Vertrauensverhältnis des Kindes, bzw. der Bezugspersonen zur Pflegefachperson voraus. Das Vertrauensverhältnis und der Beziehungsaufbau wird in dieser Arbeit nur eine sekundäre Rolle spielen und nicht direkt aufgearbeitet. Aus der Studie von Marsac et al. (2013) geht hervor, dass Kinder posttraumatische Belastungssymptome oft nicht äussern können. Deshalb ist es die Aufgabe der Pflegefachpersonen, genau hinzuschauen und entsprechende Massnahmen zu ergreifen. Wenn Kinder Mühe im Verarbeitungsprozess haben, zeigen sie oftmals in banalen Alltagstätigkeiten Auffälligkeiten. Diese Auffälligkeiten müssen erfasst und dann allfällige Massnahmen ergriffen werden.

Des Weiteren ist es die Aufgabe einer Pflegefachperson sicherzustellen, dass Kinder wieder in einen möglichst kindgerechten Alltag zurückbegleitet werden. Dabei handelt es sich um pflegerische Interventionen, die das Kind indirekt in der Verarbeitung des Geschehenen unterstützen soll. Wenn das Kind z.B. Schwierigkeiten beim Einschlafen hat, soll auf eine konsequente Schlafhygiene geachtet werden. Dies unterstützt die aktive Bewältigung, wenn ein Kind zum Beispiel unter Alpträumen oder Ein- respektive Durchschlafstörungen leidet. Es wirkt sich indirekt insofern auf die Bewältigung aus, da das Kind an gewohnte Rituale und Routinen erinnert wird, die ihm helfen, in den gewohnten Alltag zurückzufinden. Aus den oben beschriebenen Erkenntnissen geht folgende Fragestellung hervor:

Für welche pflegerischen Interventionen im Akutspital zeigen Kinder im Alter von eins bis achtzehn Jahren Unterstützungsbedarf für die psychische Bewältigung nach einem Unfall?

2. Zielsetzung

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es herauszufinden, inwiefern Kinder und Jugendliche im Akutspital im Alter von 1 bis 18 Jahren nach einem Unfall Unterstützungsbedarf für pflegerische Interventionen zeigen.

3. Theoretische Verankerung

In diesem Abschnitt geht es darum, eine theoretische Basis zu schaffen, damit die Ergebnisse der Bachelorarbeit verstanden werden können. Zuerst werden die zentralen Begriffe geklärt und anschliessend wird in dieser Bachelorarbeit ein pflegerisches Konzept vorgestellt.

3.1 Begriffsklärungen

Zentrale Begriffe dieser Bachelorarbeit werden in den folgenden Unterkapiteln definiert und erläutert.

3.1.1 Kinder

Zu Beginn der Arbeit sollte der Fokus auf Kinder im Primarschulalter, sprich von sechs bis zwölf Jahren gelegt werden. Bei der Literaturrecherche musste dieses Altersspektrum jedoch ausgeweitet werden, da ansonsten zu wenig Literatur gefunden wurde. Der Fokus dieser Bachelorarbeit liegt nun auf Kindern im Alter von eins bis achtzehn Jahren.

3.1.2 Unfall

Ein Unfall ist «eine plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen und psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat» (Suva, 2023).

3.1.3 Trauma

In der Fragestellung wird nur der Begriff «Unfall» erwähnt. Da in dieser Bachelorarbeit aber die Betreuung nach einem Unfall eine zentrale Rolle spielt, ist es wichtig, den Begriff «Trauma» genauer zu erklären.

Die Definition des medizinischen Begriffs Trauma, der vom altgriechischen «τραύμα» abgeleitet wird, lautet wie folgt: «Als Trauma wird ein von außen einwirkendes Ereignis bezeichnet, das einen Organismus verletzt oder schädigt, beziehungsweise die daraus resultierende Schädigung selbst» (DocCheck, 2022). Hierbei handelt es sich um ein körperliches Trauma.

In der Psychologie ist ein Trauma ein «Belastendes Ereignis, das durch Konfrontation mit drohendem oder tatsächlichem Tod, ernsthafter Verletzung oder Gefährdung der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder an derer Personen gekennzeichnet ist» (Pschyrembel, 2022). Dieser Begriff ist auch als psychisches Trauma bekannt.

Ein psychisches Trauma kann infolge eines körperlichen Traumas auftreten (Bühlmann, 2009). Die Krankheitsbilder passend zum psychischen Trauma nennt man posttraumatische oder akute Belastungsstörungen. Der Begriff wird in der vorliegenden Arbeit wie bereits erwähnt sparsam verwendet, da die Erkennung und Behandlung eines Traumas nur bedingt in den Aufgabenbereich einer Pflegefachperson fallen. Vielmehr sollten Pflegefachpersonen sensibel hinschauen, dass Veränderungen im Verhalten der Kinder erkannt werden und bei Verdacht eines Traumas der psychologische/psychiatrische Dienst eingeschaltet wird.

3.1.4 Posttraumatische Belastungsstörung/Akute Belastungsstörung

In der Pflege nach einem Unfall ist die Prävention einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) oder einer akuten Belastungsstörung (ABS) zentral. Doch um diese Prävention ausführen zu können, muss man mit dem Krankheitsbild PTBS vertraut sein und insbesondere seine Symptome kennen.

Diese beiden psychischen Krankheitsbilder sind eng miteinander verknüpft. Als PTBS bezeichnet man verschiedene Symptome des Erinnerns an ein traumatisches Ereignis. Zudem müssen diese Symptome in den ersten sechs Monaten nach dem traumatischen Ereignis auftreten und seit mindestens einem Monat bestehen. Die akute Belastungsstörung tritt in den ersten vier Wochen nach einem traumatischen Ereignis auf und dauert mindestens drei Tage. Die Symptome sind dieselben wie die der PTBS (Barnhill, 2020; Rzucidlo SE & Campbell M, 2009).

Diese werden in drei Symptomcluster (Bühlmann, 2009; DocCheck, 2021) eingeteilt. Im weiteren Verlauf dieser Bachelorarbeiten wird vor allem auf diese Posttraumatischen Stresssymptome (PTSS) (Marsac et al., 2013) eingegangen.

1. Wiedererleben:

- Intrusionen und Flashbacks
- Alpträume
- Körperliche Reaktionen auf Situationen, die an das Ereignis erinnern (z.B. Tachykardie, Schweissausbrüche)

2. Vermeiden

- Intensives Vermeidungsverhalten (z.B. Fahrrad fahren)
- Erinnerungslücken
- Interesseverminderung
- Sozialer und emotionaler Rückzug

3. Vegetative Übererregtheit

- Reizbarkeit
- Schlafstörungen
- Erhöhte Vigilanz
- Konzentrationsstörungen
- Unverhältnismässige Schreckhaftigkeit
- Aggressionen (besonders im Kindesalter)

3.1.5 Pflegerische Interventionen

Ein Synonym zu pflegerischen Interventionen lautet «Pflegemassnahmen». Laut Scheiwior-Popp et al (2017) stellen Pflegemassnahmen, die Durchführung von Interventionen dar, die aufgrund von einer Pflegediagnose und Pflegezielen festgelegt wurden. Des Weiteren sollten Interventionen kurz, präzise und verständlich formuliert werden. Um diese regelmässig zu evaluieren, sollte die Durchführung der Interventionen in der Pflegedokumentation festgehalten werden.

3.1.6 Akutspital

Der Verband für Spitäler in der Schweiz, Hplus, definiert ein Akutspital wie folgt: «Ein Akutspital ist ein allgemeines Krankenhaus im Sinne einer stationären Einrichtung zur akutsomatischen Untersuchung, Behandlung und Pflege von Patienten» (Hplus, n.d.). Somit zählen auch Spezialkliniken, wie z.B. ein Kinderspital zu den Akutspitalern.

3.2 Pflegerische Unterstützung in der Unfallbewältigung – ein Praxis-konzept

Das Praxiskonzept von Bühlmann (2009) beruht auf verschiedenen Konzepten und Theorien der Pflegepraxis. Unter anderem spielt der Begriff des Selbstkonzepts eine zentrale Rolle. Dies umfasst «die Gesamtheit von Auffassungen und Überzeugungen in Bezug auf die eigene Person» (Pschyrembel, 2008, zitiert nach Bühlmann, 2009, S.18). Diese Auffassungen und Überzeugungen beruhen auf individuellen Erfahrungen, die eine Person gemacht hat. Gerade in den Kinder- und Jugendjahren finden die stärksten Prägungen des Selbstkonzepts statt. Deshalb sollte die Pflegefachperson in der Zusammenarbeit mit verunfallten Kindern oder Jugendlichen dieses Konzept bekannt sein und von ihr/ihm genutzt werden. Ein Unfall, der unabhängig von seinem Ausmass ein einschneidendes Erlebnis darstellt, kann das Selbstkonzept eines Kindes massgeblich prägen. Zudem hat die Art (günstig/positiv oder ungünstig/negativ) des Selbstkonzepts einen Einfluss auf die Verarbeitung des Unfallereignisses.

Des Weiteren macht Bühlmann (2009) darauf aufmerksam, dass die Schwere des Unfalls oder dessen physische Folgen nicht in Zusammenhang mit der subjektiven Bewertung der Belastung steht. Vielmehr kommt es auf die Bewältigungsstrategien und Einflussfaktoren an, die der/die Betroffene mitbringt, um die Belastung zu bewältigen.

3.2.1 Bewältigung

Bewältigung ist alles, was Menschen durch belastende Situationen empfinden, dagegen tun oder nicht tun. Denn auch das «absichtliche und abwartende Nichtstun» beschreibt Bühlmann (2009, S. 21) als eine Art der Bewältigung. Diese Definition leitet Bühlmann

von Benner und Wrubel (1997, S. 85 ff) ab. Schlussendlich stellt Bühmann (2009) fest, dass Bewältigung zum Ziel hat, Belastungen zu reduzieren oder zu ertragen.

3.2.2 Unterteilung der Bewältigungsstrategien

Menschen reagieren unterschiedlich auf Belastungen und haben bei der Bewältigung von diesen auch unterschiedliche Strategien. Diese Bewältigungsstrategien können entweder auf die Regulation von belastenden Situationen oder auf die Problemlösung fokussiert sein. Zudem gibt es Strategien, die die veränderte Situation wahrnehmen und sich damit auseinandersetzen (annähernde Strategien) und Strategien, die Distanz zum Geschehen schaffen wollen (vermeidende Strategien). (Bühmann, 2009)

In der folgenden Abbildung von Bühmann (2009, S. 25) sind verschiedene Beispiele der verschiedenen Bewältigungsstrategien aufgeführt.

Abbildung 1
Bewältigungsstrategien der Unfallverletzten (Bühmann, 2009, S. 25)

Bewältigungsstrategien der Unfallverletzten	
Annähernde Strategien	Vermeidende Strategien
<p>Emotionsregulierende Funktion</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Relativieren/positiv denken ○ Weinen/sich sorgen ○ Vertrauen in Fachpersonen, Gott, den Lauf der Dinge ○ Hoffen auf Besserung/Sinn finden ○ Seinen Humor nutzen/sich ablenken ○ Über die Belastung sprechen etc. <p>Problemlösende Funktion</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Analysieren/Lösungen suchen ○ Das Beste aus der Situation machen ○ Neue Ziele und Prioritäten setzen ○ Akzeptieren etc. 	<p>Emotionsregulierende Funktion</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Auf Distanz gehen zum Geschehen ○ Keine Emotionen aufkommen lassen ○ Nicht daran denken ○ Passives Hinnehmen der Ereignisse ○ Zu viel schlafen ○ Probleme negieren ○ Enduring ○ Zukunft ausblenden etc.

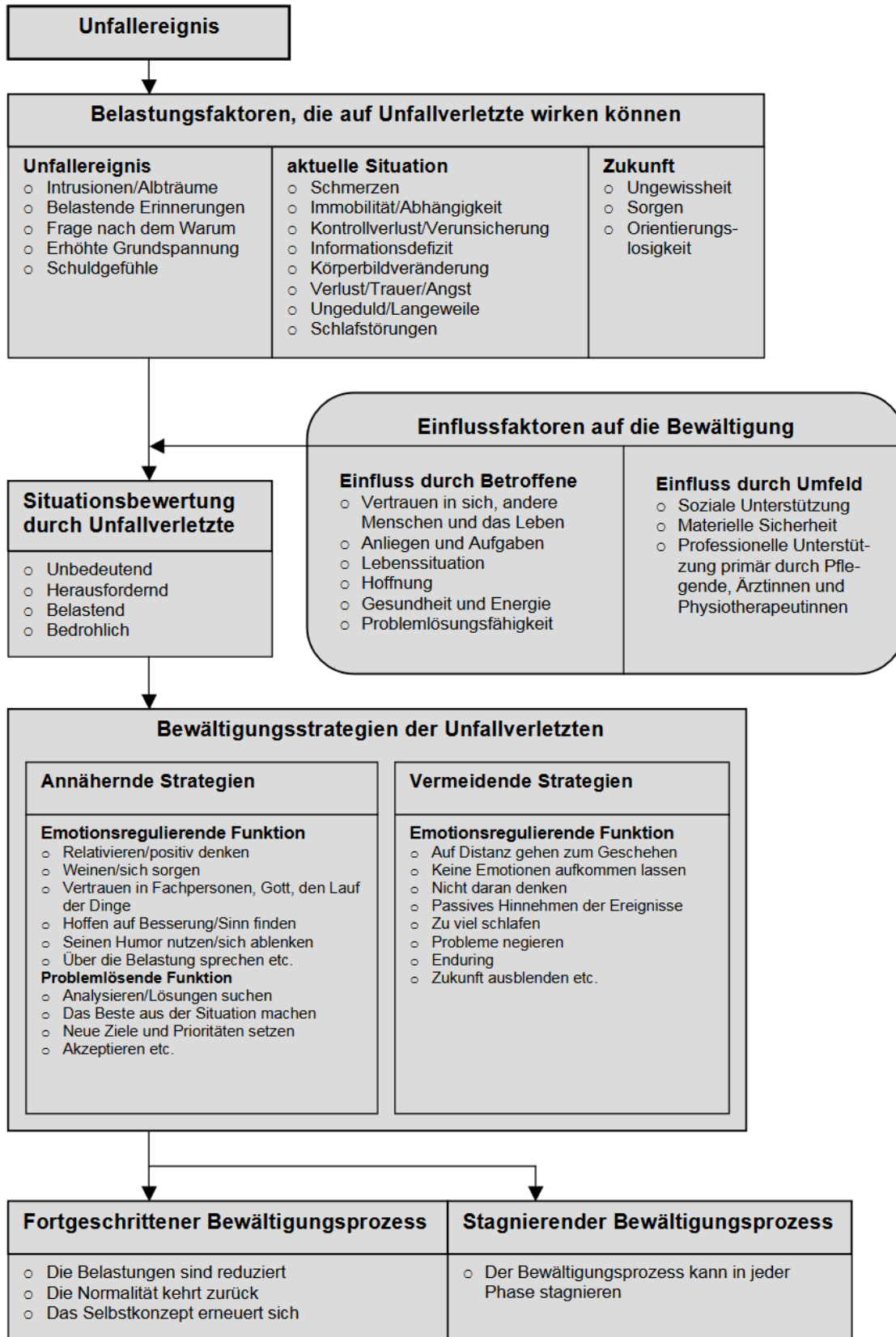
3.2.3 Einflussfaktoren auf Bewältigung

Es gibt unterschiedliche Theorien, weshalb gewisse Menschen besser mit Belastungen zurechtkommen als andere. Dazu zählt das Konzept des Glaubens an die eigene Selbstwirksamkeit (Schwarzer, 2004), das Konzept der Resilienz (Wolter, 2005) oder

das Konzept von Benner und Wrubel (1997). Letzteres geht davon aus, dass Einstellungen und Haltungen des Individuums eine zentrale Rolle spielen. Alle Konzepte haben gemeinsam, dass sowohl das Umfeld als auch der Betroffene selbst einen Einfluss auf die Bewältigung haben können (Bühlmann, 2009).

Der gesamte Bewältigungsprozess ist in der folgenden Abbildung nachzuverfolgen.

Abbildung 2
Bewältigungsprozess nach einem Unfall (Bühlmann, 2009, S. 50)



3.2.4 Pflegerische Interventionen (nach Bühlmann, 2009)

Das Anerkennen und Erfassen von Anliegen, Gefühlen und Befindlichkeiten der Patient:innen ist zentral für die Bewältigung des Geschehenen und um als Pflegefachperson den Prozess unterstützen zu können. Das erfordert Engagement und Fürsorge von Seite der Pflegenden. Um diese Unterstützung geben zu können, sind in den folgenden Unterkapiteln verschiedene Kategorien aufgeführt, in denen Pflegende Interventionen ausführen können.

Wohlbefinden stützen

Das Wohlbefinden zu fördern und zu stützen gehört zu den zentralen Aufgaben der Pflege. Bühlmann (2009, S. 52) beschreibt treffend: «Wohlbefinden erleichtert es den Betroffenen, das Verarbeiten der Unfallfolgen anzugehen.»

Im Bereich des Wohlbefindens gilt es zuerst, prioritär die Schmerzbehandlung anzugehen. Das Ziel der Schmerzbehandlung ist, Schmerzen aufs Erträgliche zu minimieren bis hin zur vollständigen Schmerzfreiheit. Dazu zählt die Verabreichung von Basis- und Reservemedikamenten, sowie der Einsatz von ergänzenden Interventionen. Ergänzende Interventionen können Lagewechsel, Coldpacks, Ablenkung oder Pausen bei schmerzhaften Verrichtungen sein.

Neben der Schmerzbehandlung ist es wichtig, den Patient:innen Erholung und Entspannung zu ermöglichen. Dabei gilt es zu beachten, dass der Tagesablauf den Bedürfnissen und Kraftreserven der Unfallverletzten anzupassen ist. Die Anwendung von basaler Stimulation, ätherischen Ölen oder die atemstimulierende Einreibung können zur Erhöhung des Wohlbefindens der Patient:innen beitragen.

Bewältigungsfähigkeiten stärken

In der patientenorientierten Pflege werden die bereits vorhandenen, individuellen Bewältigungsstrategien von Patient:innen gestärkt. Dabei gilt es zu beachten, dass den Unfallverletzten überlassen wird, wie weit sie sich öffnen wollen und wie viel darüber gesprochen werden soll. Wenn ein/e Patient:in sich entscheidet, die Ereignisse zu verdrängen oder lieber abgelenkt werden möchte, sollte die Pflegefachperson dies in ihre Betreuung aufnehmen.

Unfallverletzten, die gern über den Unfall reden möchten, sollte die Pflegefachperson in der positiven Bewältigung unterstützen. Dies bedeutet, Gespräche anzubieten und bei Bedarf interprofessionelle Unterstützung zu holen.

Gewissen Patient:innen hilft es, möglichst viele Informationen über Diagnose und Unfallfolgen zu erhalten. Dies kann zur Stärkung der Autonomie beitragen. Es gibt den Betroffenen die Möglichkeit, eine gewisse Selbstkontrolle zurückzuerlangen. Zur Stärkung der Selbstständigkeit gehören auch scheinbar banale Dinge, wie das Pflegen von sozialen Kontakten oder die Möglichkeit, eine Uhr im Blick zu haben.

Verarbeitung der Traumaerfahrung unterstützen

Diese pflegerische Intervention ist eng mit der Intervention «Bewältigungsfähigkeiten stärken» verknüpft. Denn auch hier gilt: «Reden kann, muss aber nicht helfen» (Thierbach & Butollo, 2005, zitiert nach Bühlmann, 2009, S.55). Dieses Prinzip orientiert sich am «watchful waiting» (NICE, 2005). Patient:innen sollen nicht dazu gedrängt werden, zu erzählen, wenn sie nicht wollen. Falls sie das wollen, sind Pflegefachpersonen aufgefordert, aktiv zuzuhören, Gefühle anzuerkennen und zu ermutigen.

Hierbei gilt es auch zu beachten, dass durch angemessene Fürsorge das Gefühl von Hilflosigkeit reduziert werden kann. Bei allen pflegerischen Tätigkeiten, die ausgeführt werden, sollte erklärt werden, wieso diese stattfinden, um die Transparenz und das Vertrauen zu fördern. Die Aufmerksamkeit von Pflegefachpersonen liegt besonders auf Situationen, in denen sich Unfallverletzte unwohl fühlen. Dies betrifft oftmals das Einschlafen oder das Alleinsein. Hier kann es zum Beispiel helfen, wenn im Zimmer ein Licht brennt oder die Türe ein Spalt offen bleibt.

Bei Symptomen einer akuten Belastungsstörung oder bei anhaltenden Leiden seitens der/des Patient:in muss psychiatrische/psychologische Unterstützung hinzugezogen werden. Dies gilt auch, wenn sich die Pflegefachperson mit der Gesamtsituation unsicher fühlt.

Psychische Belastung reduzieren

Nach einem Unfall ist vieles ungewiss und überfordernd für die Patient:innen. Die Prognose, der genaue Unfallhergang, Rückschläge im Heilungsverlauf oder der Alltag danach. Dies kann zu erheblichen Belastungen für Unfallverletzte führen. Pflegepersonen können diese Belastungen beeinflussen, indem sie die Patient:innen begleiten, Hoffnung fördern oder Ablenkung durch Heiterkeit schaffen.

In Bezug auf das Begleiten der Patient:innen in belastenden Situationen sollten einige Punkte beachtet werden. Dazu zählen: Trauern zulassen; Aufforderung, Ängste, belastende Gefühle anzusprechen; Ermutigung, Rituale fortzuführen; Ermunterung zu leichten körperlichen Aktivitäten (z.B. spazieren) und den Austausch mit anderen Betroffenen zu ermöglichen.

Die Hoffnung von Unfallverletzten kann durch eine realistische, positive Darstellung der momentanen Situation gefördert werden. Ziele sollten kleinschrittig formuliert werden, damit diese erreicht werden können. Es wird empfohlen, Angehörige und enge Bezugspersonen miteinzubinden, da sich dies positiv auf die Hoffnung auswirken kann.

Humor kann heilend wirken; insbesondere in einer Situation, die sonst von Druck und Ängsten geprägt ist. Um als Pflegefachperson zu wissen, welche humorvollen Bemerkungen angebracht sind, muss eine vertrauensvolle Beziehung zur/zum Unfallverletzten bestehen. Auch Ablenkung kann entspannend und wohltuend wirken. Es können im Pflegealltag «Inseln» geschaffen werden, in denen nicht über den Unfall geredet wird. Ablenkend können Kartenspiele gespielt, Geschichten vorgelesen oder Musik gehört werden.

Angehörige unterstützen

Die Begleitung von Angehörigen sehen manche Pflegefachpersonen als grosse Herausforderung. Dies kann dazu führen, dass sich Angehörige nicht genügend unterstützt fühlen und ihrerseits auch unsicher im Umgang mit den Patient:innen sind.

Bei der Betreuung von Angehörigen sollte insbesondere auf Information, Beruhigung,

Nähe und Unterstützung achtgegeben werden. Insgesamt lässt sich sagen, dass regelmässig Gespräche angeboten werden sollen, um die offenen Fragen zu klären und allenfalls auch emotionalen Beistand zu ermöglichen.

Übergang in die häusliche Situation vorbereiten

Ein Übergang nach Hause sollte so früh wie möglich und nicht überraschend angekündigt werden. In einem professionellen Austrittsmanagement sollte der/die Patient:in und seine/ihre Angehörigen miteinbezogen werden. Es ist unvermeidlich, den benötigten Unterstützungsbedarf abzuklären und allenfalls ambulante Dienste (z.B. Spitex) miteinzu beziehen. Die Patient:innen sollten sich gut vorbereitet, geschult und informiert fühlen, bevor sie austreten.

4. Methodisches Vorgehen

In den folgenden Abschnitten wird aufgezeigt, wie bei der Literaturrecherche vorgegangen, welche Studien und Reviews weshalb ausgewählt wurden und mit welchen Instrumenten die Studien kritisch gewürdigt wurden.

4.1 Datenbankrecherche

Die Literaturrecherche wurde systematisiert in den Datenbanken Pubmed, Cinahl Complete, Medline, Emcare und Cochrane Library durchgeführt. Zudem wurden auch spezifische Handsuchen durchgeführt und die Literaturverzeichnisse von vielversprechenden Studien wurden ebenfalls geprüft.

Da «Trauma» ein Begriff ist, der unterschiedlich genutzt werden kann, wurde auch mit den Keywords «injury», «accident» gesucht. Kombiniert wurde dies mit den Begriffen «coping», «coping strategies», «coping mechanism», «coping skill» und «intervention». Um auf pflegerelevante Studien zu stossen, wurden die Begriffe «nurse», «nursing» und «nursing interventions» verwendet. Zudem musste die Suche auch bezüglich der zu untersuchenden Gruppe eingegrenzt werden, weshalb «child» und «pediatrics» miteinbezogen wurden. Im Anhang befindet sich eine genaue Auflistung des Suchverlaufs.

In der Tabelle 1 werden die Keywords in der Literatursuche anhand der verschiedenen Teilaspekte der Fragestellung dargestellt.

Tabelle 1
Keywords der Literatursuche

	Aspekt der Fragestellung	Keywords
Phänomen	Traumatisches Ereignis bzw. Unfallerleben	Injury / Injuries Accident Trauma / Traumatic / Traumatic Event / Traumatic Experience Pediatric Trauma PTSD / Post-Traumatic Stress Disorder / Trauma History
Population	Kinder	Pediatric Infant Child / Children Adolescent
Outcome	Pflegerische Unterstützung nach dem Unfall/ traumatischen Ereignis	Nurse / Nurses / Nursing Nursing Intervention Cope / Coping Coping Skills / Coping Strategy / Coping Strategies / Coping Behavior
Setting	Akutsomatisches Setting	Keine Keywords

Diese Keywords wurden verschieden kombiniert. Ähnliche Keywords wurden mit dem bool'schen Operator OR verbunden. Die unterschiedlichen Gruppen an Keywords wurden mit dem bool'schen Operator AND verbunden.

4.2 Limitationen, Ein- und Ausschlusskriterien

Bei der Literaturrecherche und bei der Auswahl der Studien und Reviews wurden folgende Limitationen gesetzt:

- Die Studien sollten nicht älter als zehn Jahre sein. Somit kann die Aktualität der Daten und Forschungsmethoden gewährleistet werden.
- Damit die Studien richtig verstanden werden, wurde der Sprachraum auf Englisch oder Deutsch eingeschränkt.

Die Ein- und Ausschlusskriterien sind in der Tabelle zwei zur besseren Übersicht dargestellt.

Tabelle 2
Ein- und Ausschlusskriterien

	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Phänomen	Verkehrsunfälle, Stürze, Verbrennungen, Sportunfälle, Freizeitunfälle	Traumatische Kindheitserfahrungen (Missbrauch, Misshandlungen, Vernachlässigung, sexuelle Gewalt, Schütteltrauma, Tod eines Elternteils, inhaftiertes Elternteil, traumatische Geburt, Adoption, Tierbisse, Mobbing etc.), Umweltkatastrophen (Erdbeben, Vulkanausbrüche, Tsunami, Überschwemmungen), Opfer von Waffengewalt (Kriegsopfer, Amoklauf, Opfer von Schulschiessereien), Ertrinkungsopfer, geflüchtete Migrant:innen, Krebs
Population	Kinder (null bis achtzehn Jahre)	Erwachsene, alte Menschen
Setting	Akutspital, spezialisierte Gesundheitszentren, Notfallstation	Rehabilitationszentrum, Zuhause

	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Kontext	Studien im westlichen Kontext (Nordamerika, Europa, Australien, Neuseeland)	Studien aus Asien, Afrika, dem nahen Osten, Südamerika

4.3 Instrumente zur Gütebeurteilung

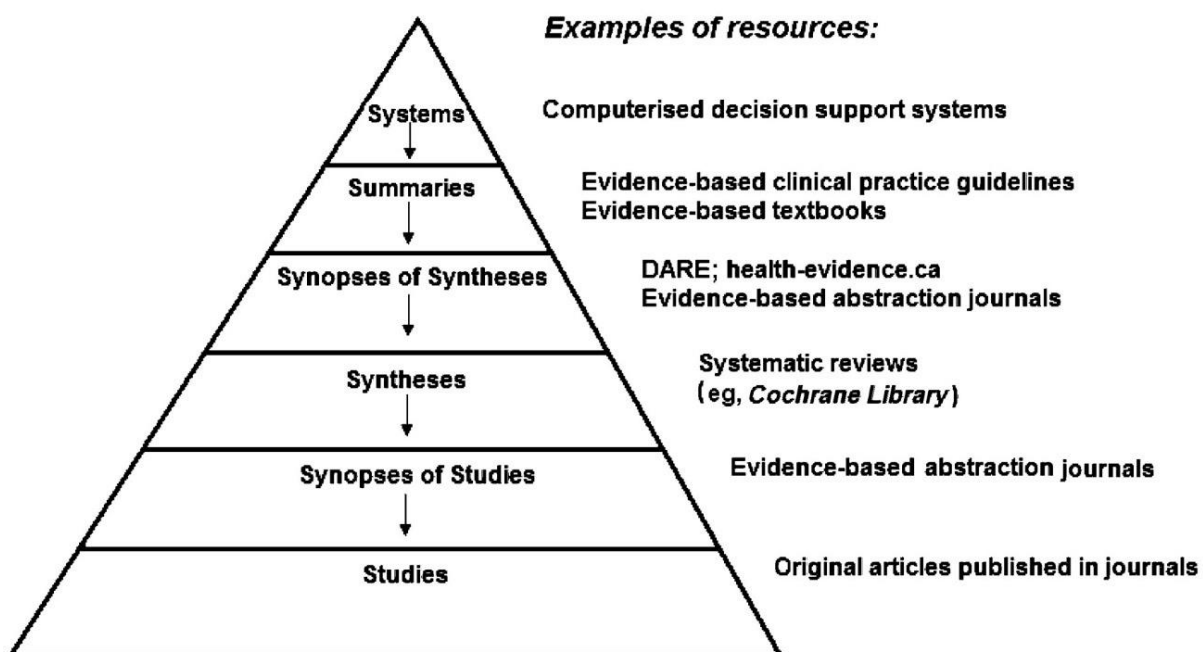
Die Studien wurden mithilfe des Arbeitsinstruments Critical Appraisal (AICA) von Ris et al. (2022) bearbeitet.

Die Gütekriterien zur Beurteilung von quantitativen Studien im AICA orientieren sich an der Literatur von Bartholomeyczik et al. (2008), Döring und Bortz (2016), Gray und Grove (2021) und Polit und Beck (2021). Zur Grundlage der Beurteilung von qualitativen Studien wurde der Leitfaden von Lincoln und Guba (1985) verwendet.

Die Reviews werden mit dem Instrument Critical Appraisal Skills Programme (CASP) (2018) kritisch gewürdigt und bezüglich ihrer Güte beurteilt.

Das Evidenzlevel der Studien wurde mithilfe der «6 S Pyramide» von Discenso et al. (2009) eingeordnet.

Abbildung 3
6 S Pyramide von Discenso et al. (2009, S. 100)



4.4 Auswahl der Studien

Unter Berücksichtigung aller Ein- und Ausschlusskriterien, verschiedener Keyword-Kombinationen und Limitationen wurden Literaturrecherchen durchgeführt. In den meisten Fällen wurden bei einer umfangreichen Literaturrecherche zwischen 200 und 400 Suchergebnisse gelistet. Diese wurden dann weiter eingeschränkt mithilfe von zusätzlichen Keywords und Limitationen oder direkt einem Titelscreening unterzogen. Insgesamt wurden aufgrund von vielversprechenden Titeln 26 Abstracts gelesen. Von diesen gelesenen Abstracts wurden dann drei Studien miteingeschlossen. Die Gründe für einen Ausschluss waren: zu wenig Pflegerelevanz (4), keine Studie (9), keine Interventionen (4), andere Art von Trauma (1), nicht direkt nach dem Unfall (3) und nicht abgeschlossene Studien (1).

Zu diesen umfangreichen Literaturrecherchen wurden auch Handsuchen vorgenommen. Das Review von Jones et al. (2018) wurde auf Google Scholar bei einer ersten Grobrecherche gefunden und miteingeschlossen. Zudem wurde für die Studie von De Young et al. (2016) eine spezifische Handsuche durchgeführt. Diese hatte den Grund, dass in einer Vorlesung über pädiatrische Traumapflege, Prof. Dr. phil. Markus Landolt als führender Forscher im Bereich pädiatrische Traumapsychologie erwähnt wurde.

Im Literaturverzeichnis der Studie von Weiss et al. (2019) wurde zudem die Studie von Alisic et al. (2014) gefunden.

Somit wurden am Ende fünf Studien und ein Review für den Ergebnisteil dieser Bachelorarbeit miteingeschlossen.

5. Resultate

Auf den nächsten Seiten folgt eine tabellarische Zusammenfassung über die wichtigsten Punkte der Studien. Anschliessend werden die Resultate der einzelnen Studien zusammengefasst, kritisch gewürdigt und nach Gütekriterien beurteilt.

Tabelle 3
Zusammenfassung von drei Studien

Titel	Preventive Intervention for trauma reactions in young, injured children: results of a multisite randomized controlled trial	Child coping, parent coping assistance and post-traumatic stress following paediatric physical injury	Psychosocial care for seriously injured children and their families: A qualitative Study among Emergency Department nurses and physicians
Autor:innen	Ann-Christin Haag, Markus A. Landolt, Justin A. Kenardy, Clemens M. Schiestl, Roy M. Kimble, Alexandra C. De Young	M. L. Marsac, K. A. Donlon, F. K. Winston, N. Kassam-Adams	E. Alisic, R. Conroy, J. Magyar, Franz E. Babl, M. L. O'Donnell
Land	Australien und Schweiz	USA	Australien
Jahr	2020	2013	2014
Thema/Ziel	<p>1) Inwiefern kann das CARE (Coping with Accident Reactions) Interventionsmodell die Kinder in ihrem psychischen Heilungsprozess unterstützen?</p> <p>Hypothese:</p> <p>2) Kinder, die durch CARE Interventionen betreut werden, weisen eine signifikant grössere Reduktion posttraumatische Belastungssymptome auf.</p>	<p>1) Welche Copingstrategien nutzen Kinder nach einer Verletzung?</p> <p>2) Wird das Coping-Verhalten, der Kinder durch die Unterstützung der Eltern beeinflusst?</p> <p>3) Können Copingstrategien der Kinder mit posttraumatischen Belastungssymptomen assoziiert werden?</p> <p>4) Haben Copingstrategien der Eltern Einfluss auf spätere PTBS der Kinder?</p>	<p>1) Die Sichtweise des Personals einer Notfallstation auf die psychische Betreuung von Kindern nach einem Unfall.</p>
Design	Quantitatives Forschungsdesign	Quantitatives Forschungsdesign	Qualitatives Forschungsdesign
Stichprobe	Kinder von eins bis sechs Jahren und ihre Eltern nach einem Unfall/einer Verbrennung während eines Spitalaufenthaltes.	82 Kinder nach einem Unfall im letzten Monat von acht bis siebzehn Jahren und je ein Elternteil.	Das Personal des Royal Children's Hospital in Melbourne, zehn Pflegefachpersonen, zehn Ärzt:innen.
Interventionen	Drei (Interventionsgruppen) bzw. zwei (Kontrollgruppen) Befragungen mit einem standardisierten Fragebogen.	Es wurden zwei Befragungen anhand eines standardisierten Messinstruments durchgeführt.	Es wurden qualitative, narrative Interviews durchgeführt und die Mitarbeitenden nach ihren Erfahrungen und Sichtweisen befragt.
Wichtiges	<ul style="list-style-type: none"> - Keine nachweisliche Signifikanz nach drei und sechs Monaten. - Trotz kleiner Stichprobengrösse sichtbare, vielversprechende Tendenzen, dass die Intervention wirksam ist. 	<ul style="list-style-type: none"> - Kinder brauchen nach einem aufwühlenden Erlebnis verschiedene Copingstrategien, am häufigsten das Wunschenken. - Anfangsstadium entscheidend für den Verlauf. - Negative Copingstrategien begünstigen später auftretende PTSS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Psychologische Betreuung ist wichtig, der Fokus liegt auf der physischen Erholung. - Unterschiedliche Ansichten bzgl. der Vulnerabilität in Bezug auf Kinder. - Eltern nehmen eine zentrale Rolle ein. - Das Personal nutzt verschiedene Interventionen um Kinder abzulenken.

Tabelle 4

Zusammenfassung von zwei Studien und einem Review

Titel	The Cellie Coping Kit for Children with Injury: Initial feasibility, acceptability, and outcomes	Opportunities for nurses to support recovery after pediatric injury: Relationships among posttraumatic stress, hope,	A scoping review of the needs of children and other family members after a child's traumatic injury
Autor:innen	M. L. Marsac, D. Weiss, K. L. Kohser, J. Van Allen, P. Seegan, S. Ostrowski-Delahanty, A. McGar, F. K. Winston, N. Kassam-Adams	D. Weiss, S. Ostrowski-Delahanty, J. Van Allen, P. Seegan, und M. L. Marsac	S. Jones, N. Davis und S. F. Tyson
Land	USA	USA	Australien, USA, UK, Schweden, Kanada
Jahr	2018	2019	2018
Thema/Ziel	<ol style="list-style-type: none"> 1) Bewertung der Durchführbarkeit und Akzeptanz der Intervention. 2) Erste Auswirkungen der Intervention auf die angestrebten Ergebnisse in Bezug auf Lebensqualität und posttraumatische Belastungsstörungen untersuchen. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Pflegende über PTSS informieren, um Symptome zu erkennen, die die Kinder in der Erholung beeinträchtigen können. 2) Zusammenhang von Hoffnung, PTSS (spezifisch: Wiedererleben, Vermeidung und Erregung) und Lebensqualität erforschen. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Erforschen des aktuellen Forschungsstandes bzgl. der Bedürfnisse von Kindern nach einem traumatischen Unfall und ihren Familien. 2) Erforschung der Messmethoden, mit denen die Bedürfnisse erfasst werden.
Design	Qualitatives Forschungsdesign	Quantitatives Forschungsdesign	Scoping Review
Stichprobe	Kinder von sieben bis dreizehn Jahren nach einem Unfall im letzten Monat. Stichprobe von 61 Kindern, viele Dropouts; bei zweiten Messzeitpunkt noch 22 Kinder.	Kinder von sieben bis dreizehn Jahren nach einem Unfall (und zusätzlich Verbrennung/leichtes bis mittelschweres Schädelhirntrauma) im letzten Monat.	Es wurden zwölf Studien zur Beurteilung und zum Vergleich ausgewählt.
Interventionen	Anwendung des Cellie Coping Kit zur Unterstützung in der Verarbeitung.	Es wurden Befragungen anhand von standardisierten Messinstrumenten durchgeführt,.	Review
Wichtiges	<ul style="list-style-type: none"> - Kostengünstige Intervention, die Kinder in der Verarbeitung des Unfalls unterstützen kann. - Über 85% der Familien würden die Intervention weiterempfehlen. - Geringe Stichprobengröße = fragliche Aussagekraft. 	<ul style="list-style-type: none"> - Signifikant nachweisbar, dass Kinder mit posttraumatischen Belastungssymptomen eine geringere Lebensqualität haben. - Keine signifikanten Ergebnisse bzgl. Zusammenhang Hoffnung und Lebensqualität. - Eine Verminderung der Lebensqualität bei Symptomen der Vermeidung, Übererregung und des Wiedererlebens wurde festgestellt. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bedürfnisse bei emotionalen und sozialen Problemen blieben oft unerkannt; physische Probleme werden schnell erkannt. - Eltern benötigen Unterstützung von Privatpersonen, hätten sich mehr Hilfe vom Fachpersonal gewünscht. - Informations- und Unterstützungsbedarf in Spitälern oftmals zu niedrig.

5.1 Studie von Haag et al. (2020)

«Preventive intervention for trauma reactions in young injured children: results of a multisite randomized controlled trial»

5.1.1 Zusammenfassung

Haag et al. (2020) testen ein Interventionsprogramm, das das Coping von Kindern nach einem Unfall unterstützen soll. Es handelt es sich um einen zweiarmigen, parallel-gruppierten, randomisierten, kontrollierten Versuch, der in Australien und der Schweiz durchgeführt wurde. Dazu wurden verschiedene Interventionen entwickelt, die Kinder und ihre Eltern im Prozess unterstützen sollen. Getestet wurde das CARE-Interventionsprogramm, wobei CARE für «Coping with Accident Reactions» steht. Die Hypothese ist, dass Kinder, die vom CARE-Programm Gebrauch machen, schneller keine posttraumatischen Belastungssymptome mehr aufweisen.

CARE gliedert sich in zwei Komponenten. Die Erste beinhaltet, dass Kinder und ihre Eltern automatisch auf Anzeichen von posttraumatischen Belastungssymptomen gescreent werden, wenn sie auf einer Notfallstation vorstellig werden. In der zweiten Komponente ist eine zweiteilige Sitzung mit einer Fachperson vorgesehen, falls das Kind Symptome aufweist. Die Therapiesitzung dauert ca. 45 bis 60 Minuten. Das Ziel der ersten Sitzung ist, den Eltern die Psychoedukation näherzubringen, damit sie ihr Verhalten und das ihres Kindes einordnen können. Des Weiteren vermitteln Fachpersonen den Eltern und Kindern geeignete Bewältigungsstrategien, um Stressreaktionen bei Eltern und Kind klein zu halten, und sie bieten Informationsmittel für die Eltern, wie sie ihre Kinder animieren können, über das Geschehen zu sprechen.

Zur Unterstützung dieser Methoden werden in den Sitzungen Ressourcen, wie Informationsbroschüren, ein Kinderbuch, ein Stofftier und die Vorlage einer Art Tagebuch, anhand dessen die Kinder das Erlebte aufschreiben können, verwendet. Die zweite Therapiesitzung beinhaltet das Überwachen der Stresssymptomatik der Kinder und der Eltern, Informationsvermittlung über Veränderungen im Verhalten der Eltern und in der El-

tern-Kind-Beziehung und zuletzt, wie die Eltern am besten mit den Verhaltensweisen ihrer Kinder umgehen können. Es zeigen sich Tendenzen, dass das Interventionsprogramm positive Auswirkungen auf den Genesungsprozess haben kann.

5.1.2 Kritische Würdigung

Der Studie ging ein Study Report voraus, der den damaligen Stand der Studie und einen Grossteil der Beschreibung des CARE beinhaltet (de Young et al., 2016). Es muss der Study Report und die Studie in die kritische Würdigung miteinbezogen werden. Die Einführung ins Thema und der Forschungsbedarf erscheinen nachvollziehbar. Die Forschungslücke wird ersichtlich. Es wurde ein aufwändiges Design gewählt, das aufgrund der verschiedenen Settings der Länder logisch wirkt. Die Stichprobengrösse fällt schlussendlich aufgrund verschiedener Dropouts klein aus. Dies beeinflusst die Ergebnisse, sodass zuletzt keine statistische Signifikanz zur Hypothese erzielt werden konnte. Die Ergebnisse sind nachvollziehbar beschrieben, allerdings eher mit geringer Reichhaltigkeit. Der Diskussionsteil fällt im Verhältnis eher kurz aus und die Ergebnisse werden unzureichend vertieft.

Diese Studie befindet sich auf der 6 S Pyramide von Dicenso et al. (2009) auf der Stufe «Studies».

5.1.3 Gütebeurteilung

Die Studie wurde nach den quantitativen Gütekriterien von Bartholomeyczik et al. (2008), Döring und Bortz (2016), Gray und Grove (2021) und Polit und Beck (2021) beurteilt. Die Forschenden beschreiben im Hinblick auf die Objektivität der Studie keinen Interessenskonflikt. Die Theorieentwicklung wird ausführlich beschrieben und die Gedanken der Forschenden sind nachzuvollziehen. Ausserdem wird beschrieben, dass sich die Forschenden intermittierend besprachen, die Ergebnisse evaluierten und auf ihre Objektivität prüften. Die Studie wurde ausserdem einer Verlässlichkeitsprüfung unterzogen. Die Verlässlichkeit der Ergebnisse wurde mittels ausreichendem Training der Fachpersonen und der Überwachung von geschulten Therapeut:innen, sowie monatlichem Austausch zwischen den beiden Forschungsteams gewährleistet.

Die Studie und der Forschungsprozess sind so beschrieben, dass sie auch in anderen Settings umsetzbar wären. Die Messinstrumente werden als reliabel und valide beschrieben.

Die herausgezogenen wissenschaftlichen Aussagen und Schlussfolgerungen wirken in Bezug auf die Nachvollziehbarkeit relevant. Die interne und externe Validität wirkt gegeben, die Forschenden beschreiben diesbezüglich keine Hindernisse. Die Aussagen aus der Studie scheinen generalisierbar. Die Wahl der statistischen Messinstrumente wirkt nachvollziehbar und die Schlussfolgerungen sind aus den Ergebnissen der Studie ableitbar.

5.2 Studie von Marsac et al. (2013)

«Child coping, parent coping assistance, and posttraumatic stress following paediatric physical injury»

5.2.1 Zusammenfassung

Diese Studie von Marsac et al. (2013) widmet sich dem Thema der Bewältigungsstrategien von Kindern nach einem Unfall und inwiefern/ob ein Zusammenhang zwischen den Bewältigungsstrategien der Kinder und der zusätzlichen Unterstützung der Eltern besteht. Dazu wurden zwei Messungen durchgeführt, einmal zwei Wochen und nochmals drei Monate nach dem Unfall. Die Eltern wurden nur bei der ersten Befragung mitbefragt. Die Befragungen fanden mittels eines standardisierten Messinstruments (KidCope), ein Fragebogen mit 15 Fragen, statt. Die Fragen waren in drei Kategorien unterteilt; aktive, vermeidende und negative Bewältigungsstrategien. Die Fragen konnten mit ja oder nein beantwortet werden.

Das Hauptergebnis der Studie ist, dass Kinder nach einem traumatischen Erlebnis eine grosse Bandbreite an Copingstrategien anwenden. Am häufigsten wird die Strategie des Wunschdenkens erwähnt. Ebenfalls genannt werden soziale Unterstützung, Ablenkung, kognitive Neustrukturierung und anderen die Schuld geben. Alle Eltern geben ausserdem an, das Kind in seinen Copingstrategien zu unterstützen. Des Weiteren konnte ermittelt werden, dass Kinder mehr sozialen Support annehmen, wenn die Eltern

sie emotional darin unterstützen. Ebenfalls zeigt sich, dass später auftretende posttraumatische Belastungssymptome in Zusammenhang mit vermeidenden und negativen Copingstrategien gebracht werden können.

Aufgrund der quantitativen Methodik wurde nicht genauer ermittelt, inwiefern die Kinder die genannten Bewältigungsstrategien anwenden. Ebenso können die Eltern nicht genauer beschreiben, wie sie ihre Kinder in ihren Bewältigungsstrategien unterstützen.

5.2.2 Kritische Würdigung

Die Forschenden zeigen den Forschungsbedarf und die bestehende Forschungslücke auf. Es wird nachvollziehbar ins Thema eingeführt und die daraus abgeleiteten Fragestellungen und Ziele sind sinnvoll gewählt. Das Design der Studie ist überzeugend, jedoch wäre ein Mixed-Methods-Design sinnvoller für ein vertiefteres Verständnis für die Thematik, insbesondere die Wechselwirkung der Eltern-Kind-Beziehung gewesen. Dies hätte mit zusätzlichen narrativ geführten Interviews erreicht werden können. Die Stichprobengröße wirkt angemessen. Die Ergebnisse sind konsistent und einleuchtend beschrieben. Die Diskussion bietet einen vertieften Einblick in die Ergebnisse und baut Zusammenhänge zu bestehender Forschung und Wissen logisch auf.

Diese Studie befindet sich auf der 6 S Pyramide von Dicenso et al. (2009) auf der Stufe «Studies».

5.2.3 Gütebeurteilung

Die Studie wurde nach den quantitativen Gütekriterien von Bartholomeyczik et al. (2008), Döring und Bortz (2016), Gray und Grove (2021) und Polit und Beck (2021) beurteilt. In der Studie wird kein Interessenskonflikt erwähnt. Die wissenschaftliche Güte der Messinstrumente scheint gegeben. Sie ist so beschrieben, dass sie in andere Settings übertragbar wäre und das verwendete Messinstrument KidCope ist reliabel und valide. Ebenso scheint die externe und interne Validität der Studie gegeben zu sein. Die Schlussfolgerungen sind stringent und aus den Ergebnissen und dem Diskussionsteil ableitbar.

5.3 Studie von Alisic et al.

«Psychosocial care for seriously injured children and their families: a qualitative study among Emergency Department nurses and physicians»

5.3.1 Zusammenfassung

Die Studie erforscht die Sichtweise des Personals einer Notfallstation auf die psychische Betreuung von Kindern nach einem Unfall. Forschung aus der Sicht der Pflege und die pflegerisch angewandten, leidenslindernden Massnahmen sind zum Forschungszeitpunkt wenig bis keine bekannt.

Die Ergebnisse fallen aufgrund des quantitativen Designs umfassend aus. Es können 164 Themen ausgearbeitet werden, die in fünf Hauptergebnisse zusammengefasst sind. Es zeigt sich, dass das Personal aufkommende psychologische Probleme bei Kindern als wichtig wahrnimmt, sich jedoch aufgrund unterschiedlicher Beweggründe auf die physischen Leiden der Kinder fokussiert. Ausserdem ist ein hohes Verständnis des Personals bezüglich der Manifestierung von posttraumatischen Belastungssymptomen gegeben, jedoch herrschen unterschiedliche Ansichten in Bezug auf die Vulnerabilität der Kinder. Des Weiteren zeigt sich, dass Eltern eine zentrale und entscheidende Rolle einnehmen. Ebenfalls nutzt das Personal eine grosse Bandbreite an Interventionen, um das psychische Leiden der Kinder zu lindern.

Abschliessend lässt sich sagen, dass die individuellen Unterschiede des Personals mehr einheitliches Training in der psychologischen Betreuung der Kinder und ihren Familien fordern.

5.3.2 Kritische Würdigung

Es wird ausführlich ins Thema eingeführt und es werden zahlreiche Literaturverweise im theoretischen Bezugsrahmen eingebaut. Das Forschungsziel wird klar beschrieben, jedoch wurden keine Forschungshypothesen formuliert. Das gewählte Design der Studie ist passend und wird durch die Reichhaltigkeit der Ergebnisse untermauert. Die Stichprobengrösse fällt eher klein aus und aufgrund dessen, dass die Befragungen in nur ei-

ner Notfallstation durchgeführt wurde, ist sie weniger repräsentativ. Die Vorgehensweise bei der Datenerhebung wird klar beschrieben. Die Ergebnisse sind übersichtlich dargestellt und weisen eine hohe Reichhaltigkeit auf. Sie sind präzise beschrieben, logisch unterteilt und kategorisiert und sind mit Zitaten aus den Interviews gespickt. Die Diskussion gibt einen vertieften Einblick in die Ergebnisse und Gedanken der Forschenden und wird durch weitere Literatur gestützt.

Diese Studie befindet sich auf der 6 S Pyramide von Dicenso et al. (2009) auf der Stufe «Studies».

5.3.3 Gütebeurteilung

Diese Studie wurde nach den qualitativen Gütekriterien von Lincoln und Guba (1985) beurteilt. In Bezug auf die Glaubwürdigkeit beschreiben die Forschenden einen systematischen Austausch mit dem Personal der Notfallstation, das regelmässig über die Resultate informiert wurde. Die Ergebnisse wurden ebenfalls im Forschungsteam besprochen, was für die Triangulation hilfreich ist. Die Ergebnisse sind im Sinn der Übertragbarkeit mit anonymisierten Zitaten gespickt. Die Zuverlässigkeit wird durch einen regelmässigen Austausch im Forschungsteam und einem Abgleichen der Resultate und Meinungen gefördert. Es wird kein Forschungsgremium zur Überprüfung der Zuverlässigkeit erwähnt. Die Nachvollziehbarkeit wird durch das Verwenden eines Interviewleitfadens gestützt. Die Analysetechniken sind nachvollziehbar beschrieben und entsprechen dem sonstigen Forschungsvorgehen.

5.4 Studie von Marsac et al. (2018)

«The Cellie Coping Kit for Children with Injury: Initial feasibility, acceptability, and outcomes»

5.4.1 Zusammenfassung

Das Forscherteam dieser Studie testet ein Coping Kit, das Kinder nach einem Unfall zur Traumabewältigung anwenden können. Konkret untersucht die Studie die Akzeptanz, die Lernergebnisse und die Durchführung der Interventionen, die im Kit enthalten sind.

Das Cellie Coping Kit beinhaltet vielfältige, evidenzbasierte Strategien, die Kindern helfen sollten, mit verletzungsbedingten Herausforderungen umzugehen. Die Unterstützung beinhaltet: ein Plüschtier (Cellie), Karten mit Bewältigungsstrategien und ein Buch für die Eltern. Das Kit kann der Art der Verletzung angepasst werden.

Benutzt werden die Kits insbesondere zum Trost, zum Spass, zur Informationsgewinnung, zum Erlernen von neuen Bewältigungstechniken und zur Bewältigung von medizinischen Eingriffen. Das Kit wird von >85% der Teilnehmenden als einfach in der Benutzung eingeschätzt. Es ist ansprechend gestaltet, zuverlässig und unterhaltsam. Die Tipps sind hilfreich und >85% würden die Interventionen anderen Familien in einer ähnlichen Situation weiterempfehlen. Das Plüschtier Cellie empfinden die Kinder als Trost spendend.

Bei der Nachbefragung nach 4 Wochen konnten jedoch nur noch 21 Kinder und ein Elternteil erreicht werden, was die statistische Aussagekraft der Studie beeinflusst. Es können keine signifikanten Werte in Bezug auf die Verbesserung der Lebensqualität und posttraumatischen Belastungssymptomen erzielt werden. Dennoch deuten die Ergebnisse daraufhin, dass das Cellie Coping Kit eine vielversprechende Intervention ist, die auch in Zukunft bei Kindern nach Unfällen angewendet werden kann.

5.4.2 Kritische Würdigung

Der Forschungsbedarf der Studie ist ausreichend begründet und nachvollziehbar. Das Thema wird umfangreich eingeführt und mit Literatur begründet. Es ist klar, welche Ziele die Forschenden mit dieser Studie erreichen wollten. Beim Methodenteil fehlen Begründungen, um nachzuvollziehen, wie die Stichproben rekrutiert wurden, wie genau das Setting aussieht und wie bei der Datenanalyse vorgegangen wurde. Die Ergebnisse der Studie sind konsistent und logisch aufgebaut. Der gesamte Ergebnisteil ergibt ein stimmiges Ganzes, die Reichhaltigkeit ist jedoch eher gering. Des Weiteren wird im Diskussionsteil das aufgegriffen, was im Ergebnisteil nicht auf den ersten Blick nachvollziehbar ist.

Diese Studie befindet sich auf der 6 S Pyramide von Dicenso et al. (2009) auf der Stufe «Studies».

5.4.3 Gütebeurteilung

Diese Studie wurde nach den qualitativen Gütekriterien von Lincoln und Guba (1985) beurteilt. Zum Punkt der Glaubwürdigkeit, lässt sich sagen, dass die semistrukturierten Interviews jeweils mit den Eltern und den Kindern durchgeführt wurden, was hilfreich für die Triangulation ist. Es ist aufgrund fehlender Informationen nicht beurteilbar, wie ausgedehnt das Engagement der Forschenden gewesen ist. Die Studie könnte nochmals in einem ähnlichen Rahmen durchgeführt werden, was für ihre Übertragbarkeit spricht. Zudem wurden im Ergebnisteil Zitate, passend zu den präsentierten Resultaten, verwendet. Die Zuverlässigkeit der Studie muss leider angezweifelt werden. Es ist in der gesamten Studie nichts dazu zu finden, wie die Forschenden mit Hypothesen, Gewissenskonflikten oder voreiligen Schlussfolgerungen umgegangen sind. Ausserdem fehlt auch der Einbezug einer Ethikkommission bzw. die Begründung, wieso dies nicht gemacht wurde. Auch die Nachvollziehbarkeit ist nur knapp genügend gegeben. Die Ergebnisse der Interviews sind nachvollziehbar und auch gut begründet, jedoch ist weder ersichtlich, wie in den Interviews vorgegangen wurde, noch sind Analysetechniken bekannt.

Diese Studie befindet sich auf der 6 S Pyramide von Dicenso et al. (2009) auf der Stufe «Studies».

5.5 Studie von Weiss et al. (2019)

«Opportunities for nurses to support recovery after pediatric injury: Relationships among posttraumatic stress, hope, and quality of life»

5.5.1 Zusammenfassung

Das übergeordnete Ziel dieser Studie ist, Pflegende über die Symptome der PTSS zu informieren und wie sie frühe Warnzeichen erkennen können, die die funktionelle Erholung bei den Kindern beeinträchtigen könnte.

Die Literatur bestätigt einen Zusammenhang zwischen einer niedrigen Lebensqualität und PTSS nach einem Unfall bei Kindern und Jugendlichen. Die Forschenden wollen sich jedoch auf spezifische Symptome der PTSS konzentrieren, die die Lebensqualität beeinflussen und den Faktor Hoffnung miteinbeziehen.

Durchgeführt wurde die Studie in drei verschiedenen Kinderspitälern in den USA. Es

wurden quantitative Umfragen zu den drei Themen PTSS, Hoffnung und Lebensqualität durchgeführt.

Es lässt sich signifikant feststellen, dass die Kinder, die unter PTSS leiden, eine geringere Lebensqualität haben. In Bezug auf die Hoffnung kann kein direkter Einfluss auf die Lebensqualität festgestellt werden.

Die folgenden Symptome von **Übererregung** haben einen signifikanten Einfluss auf die geringere Lebensqualität: «sich reizbar fühlen», «Wutanfälle haben», «Konzentrations-schwierigkeiten haben».

Des Weiteren werden auch Symptome des **Wiedererlebens** signifikant mit einer geringen Lebensqualität in Verbindung gebracht. Dazu gehören: «Alpträume/schlechte Träume», «das Verhalten oder das Gefühl, dass das Ereignis wieder passiert», «beunruhigende Gefühle, wenn man an das Ereignis denkt/davon hört».

Zudem haben folgenden Symptome der **Vermeidung** einen signifikanten Einfluss auf eine geringere Lebensqualität: «der Versuch, nicht an die Verletzung zu denken/darüber zu reden/diesbezüglich Gefühle zu haben», «weniger Interesse an Dingen, die vor der Verletzung getan wurden», «nicht in der Lage zu sein, starke Gefühle zu haben».

Im Schlussteil der Studie wird zudem diskutiert, welche Rolle die Pflege in der Früherkennung von den aufgeführten Symptomen hat. Denn je früher Anzeichen einer PTSS oder PTBS erkannt werden, desto früher kann reagiert werden und einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität der Kinder genommen werden.

5.5.2 Kritische Würdigung

In der Einleitung setzen sich die Forschenden differenziert mit dem Thema auseinander. Es ist nachvollziehbar, wieso in diesem Themenbereich mehr Forschung betrieben werden muss. Des Weiteren werden Hypothesen aufgestellt, die sich auf ein übergeordnetes Ziel beziehen.

Die Wahl des Designs ist nicht weiter begründet, aufgrund der geringen Studienlage hätte sich vielleicht auch ein qualitatives Design angeboten. Die Stichprobe ist berechnet worden und sollte trotz der kleinen Grösse aussagekräftig sein. Es ist nicht klar, wie genau die Selbsteinschätzung stattgefunden hat. Auch bezüglich der Datenanalyse ist

vieles nicht beschrieben, z.B. zu den Analysemethoden oder der Vorgehensweise. Der Ergebnisteil insgesamt wirkt stimmig und glaubwürdig. Die Tabellen, die eingesetzt werden, sind präzise und im Fliesstext miteingebunden.

Schlussendlich ist die Diskussion der Ergebnisse in Bezug zur bereits vorhandener Literatur sinnvoll. Sie ist sehr ausführlich und geht vertieft auf die Phänomene ein. Limitationen bezüglich der Ergebnisse werden nicht diskutiert, es wird jedoch auf Schwächen und Stärken der Studie hingewiesen.

Diese Studie befindet sich auf der 6 S Pyramide von Dicenso et al. (2009) auf der Stufe «Studies».

5.5.3 Gütebeurteilung

Die Studie wurde nach den quantitativen Gütekriterien von Bartholomeyczik et al. (2008), Döring und Bortz (2016), Gray und Grove (2021) und Polit und Beck (2021) beurteilt.

Bezüglich der Objektivität geben die Forschenden im Anhang an, dass sie keine Interessenskonflikte bei dieser Studie sehen. Es ist jedoch recht wenig zur Theorieentwicklung und zu den Gedanken der Forschenden in der Studie selbst beschrieben. Die Studie ist so beschrieben, dass sie auch auf andere Settings übertragbar wäre. Die verwendeten Messinstrumente CPSS und der PedsQL sind reliabel und valide. Bei dem dritten Messinstrument (CASH) werden dazu keine Angaben gemacht, weshalb dieses Gütekriterium nur teilweise erreicht wird. Die interne und externe Validität in der Studie scheinen gegeben zu sein. Die Schlussfolgerungen sind aus den Studienergebnissen abzuleiten. Es steht in der Studie nichts, dass die Validität der Ergebnisse überprüft wurde, einzig die Messinstrumente wurden überprüft.

5.6 Review von Jones et al. (2018)

«A scoping review of the needs of children and other family members after a child's traumatic injury.»

5.6.1 Zusammenfassung

Das Forschungsteam wollte sich zunächst dem aktuellen Forschungsstand bezüglich der Bedürfnisse von Kindern und ihren Familien nach einer traumatischen Verletzung widmen und in einem weiteren Schritt Methoden zur Messung dieser Bedürfnisse analysieren.

Um diese Ziele zu erreichen, haben die Forschenden Literaturrecherchen in den Datenbanken Medline, Embase, CINAHL und PsycINFO durchgeführt.

Die meisten Studien fokussieren sich bei den Teilnehmenden auf die Eltern oder Betreuungspersonen, nur knapp 11 % auf die verletzten Kinder bzw. Jugendliche.

Aus den Ergebnissen der Studien können verschiedene Kategorien an Bedürfnissen gebildet werden. Es gibt zum einen personenbezogene Bedürfnisse und zum anderen dienstleistungsbezogene Bedürfnisse. Diese beiden Kategorien von Bedürfnissen werden dann erneut in verschiedene Schlüsselthemen aufgeteilt.

Jugendspezifische Bedürfnisse: Die Jugendlichen geben an, dass es ihnen wichtig war, als Individuum anerkannt zu werden, eine Peergruppe, das Gefühl der Kontrolle und den Miteinbezug in Entscheidungen zu haben.

Bedürfnisse der Unterstützung bei emotionalen, sozialen und sozialen Problemen: Diese Bedürfnisse werden oft nicht erkannt/befriedigt. Hier geht es um Gefühle der Frustration, Mobbing, Angst, Akzeptanz von Gleichaltrigen, Schuldgefühle der Eltern und Ungewissheit. Es werden auch Möglichkeiten, wie diesen Bedürfnissen begegnet werden kann, genannt. Diese beinhalten eine vertrauensvolle Beziehung zu medizinischem Fachpersonal und Familien, die in der selben Situation sind, damit Kinder und Familie ihre Gefühle teilen können. Zudem wollen die Familien gern in Entscheidungen miteinbezogen werden und wünschen sich eine bessere Vorbereitung auf die Entlassung aus der Institution und das "Danach" zu Hause.

Bedürfnis nach Hilfe bei physischen Problemen: Diese Bedürfnisse werden schneller erkannt und erfüllt. Dieses Bedürfnis ist auch nicht gleich hoch wie bei den psychischen Problemen. Regelmässige Nachsorgetermine stellten sich als hilfreich dar.

Bedürfnis nach Hilfe mit praktischen Schwierigkeiten: Eltern benötigen oft Unterstützung von Freund:innen und von der Familie in organisatorischen Belangen. Sie wünschten sich mehr Hilfe von Fachpersonal.

Die Kategorie der dienstleistungsbezogenen Bedürfnisse wird auch in drei Schlüsselthemen eingeteilt.

Informationsbedarf: Die Eltern und Kinder wünschen sich, dass Informationen leichter zugänglich wären, zudem wollen sie möglichst viele Infos über Diagnose, Therapie und den Genesungsverlauf. Ausserdem wird es als hilfreich empfunden, wenn das Fachpersonal ausreichend informiert ist.

Unterstützungsbedarf bei Übergängen: In der Übergangsphase vom Spital nach zu Hause fühlen sich viele Familien und Kinder ungenügend unterstützt, da die Fachpersonen in den Spitälern ungenügend mit ihnen darüber gesprochen haben. Oft werden Überweisungen an nachbetreuende Stellen nicht vorgenommen. Dies führt dazu, dass die Familien nicht die Unterstützung bekommen, die sie benötigen würden.

Pädagogischer Unterstützungsbedarf: Die Eltern müssen sich selbst dafür einsetzen, dass die Kinder den angemessenen pädagogischen Unterstützungsbedarf bekommen. Der Übergang in die Schule ist herausfordernd, Lehrpersonen sind meist ungenügend über die Situation bzw. das Krankheitsbild informiert.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Bedürfnisse von Kindern und ihren Familien nach einer traumatischen Verletzung häufig nicht erfüllt werden. Das betrifft insbesondere den Informationsbedarf, die emotionale Unterstützung und die Unterstützung bei Übergängen.

Im Diskussionsteil des Reviews von Jones et. al (2018) wird der Punkt aufgegriffen, dass in vielen Studien nur die Eltern, bzw. die Familienangehörige gefragt werden und das verletzte Kind nicht miteinbezogen wird. Das Autorenteam empfiehlt deshalb, dass in Zukunft noch Forschung spezifisch mit den verletzten Kindern gemacht werden sollte.

Diese Studie befindet sich auf der 6 S Pyramide von Dicenso et al. (2009) auf der Stufe «Synthesen».

5.6.2 Gütebeurteilung

Die Gütebeurteilung des Reviews von Jones et. al. (2018) fand nach dem Critical Appraisal Skills Programme (2018) statt.

Die Autorinnen dieses Reviews haben sich klare Ziele gesetzt, die sie mit diesem Review erreichen wollten. Sie haben nach Studien mit jeglichem Design gesucht, schlussendlich aber nur qualitative Studien einbezogen, die alle ein Querschnittsdesign vorweisen. Dies könnte ein einseitigen Blick auf dieses Thema verursachen. Zudem wurde nur der Zeitraum von 2007- 2015 untersucht, alles was an Forschung vor diesem Zeitraum betrieben wurde, wurde nicht berücksichtigt. Es ist zudem nicht ersichtlich, ob die Studie nach ihrer Güte beurteilt wurden. Die Stichprobengrößen der einzelnen Studien variieren stark, dafür wird keine Begründung angegeben.

Die Resultate des Reviews von Jones et. al. (2018) sind präzise dargestellt, angemessen zusammengefasst und miteinander verknüpft. Es muss bei der Anwendung auf die Schweiz beachtet werden, dass alle Studien in den USA, Kanada, Grossbritannien und Australien durchgeführt wurden. Somit könnten kulturelle und gesundheitspolitische Unterschiede bestehen.

6. Diskussion

Die Diskussion hat zum Ziel, Zusammenhänge zu erstellen und die einzelnen Ergebnisse der Studien und des Reviews miteinander zu vergleichen. Auch wird das Konzept von Bühlman (2009) miteinbezogen, indem die Unterkapitel in die einzelnen Interventionsbereiche des Konzepts gegliedert werden.

6.1 Wohlbefinden unterstützen

Im Review (Jones et al., 2009) wird positiv hervorgehoben, dass physische Bedürfnisse schnell erkannt werden, wodurch das physische Wohlbefinden ausreichend abgedeckt ist. Dazu zählt insbesondere eine individuell angepasste Schmerztherapie (Bühlmann, 2009). Nachdem die körperlichen Bedürfnisse gestillt sind, sollte auch auf die psychischen Bedürfnisse achtgegeben werden.

Wie im Review von Jones et al. (2019) beschrieben, äussern Eltern und Kinder das Gefühl, dass auf ihr psychisches Wohlbefinden nicht genug achtgegeben wird. Gefühle

von Frustration und Angst, sowie Mobbing, die gewünschte Akzeptanz von Peers und Schuldgefühle der Eltern werden von Pflegefachpersonen nicht erkannt. Ein möglicher Grund könnte sein, dass Pflegefachpersonen ungenügend bezüglich der Symptomerkennung geschult sind. In der Studie von Weiss et al. (2019) werden verschiedene Symptome in den Symptomkomplexen der PTBS (Bühlmann, 2009; DocCheck, 2021) beschrieben, die die Lebensqualität negativ beeinflussen. Zudem kann sich eine schlechte Lebensqualität negativ auf das allgemeine Wohlbefinden von Kindern auswirken.

Es ist die Aufgabe von Pflegefachpersonen, diese Symptome zu kennen und besonders bei Kindern nach einem Unfall zu erkennen. Wichtig ist dabei zu erwähnen: Jedes Kind reagiert auf das Erlebte anders und fordert eine individuelle Betreuung. Die meisten ausgewählten Studien fokussierten sich auf Interventionen und weniger auf das Erleben der Kinder. Doch die Sicherung des Wohlbefindens ist eine wichtige Grundlage für alle weiteren Interventionen der Bewältigung (Bühlmann, 2009).

6.2 Bewältigungsfähigkeit stärken

Aus der bearbeiteten Literatur wird ersichtlich, dass jedes Kind verschieden auf einschneidende Erfahrungen reagiert. In der Studie von Alisic et al. (2014), die Pflegefachpersonen zu ihrer Erfahrung in der Betreuung von Kindern nach einem Unfall befragt hat, sind sich die Pflegefachpersonen nicht einig, was die Vulnerabilität der Kinder betrifft. Einige gehen grundsätzlich davon aus, dass Kinder sich nach einem schwierigen Ereignis selbst helfen können und andere äussern Bedenken und fordern, dass die Kinder enger in der Traumabewältigung begleitet werden. Ausserdem wird ersichtlich, dass sich Pflegefachpersonen aus unterschiedlichen Gründen primär auf das physische Leiden konzentrieren und die psychischen Bedürfnisse oft zu spät erkannt werden (Jones et al. 2018). Ein weiterer Punkt ist die Akzeptanz und die Unterstützung durch Gleichaltrige. Kinder haben das Bedürfnis als Individuen erkannt und gefördert zu werden und beschreiben den Austausch in einer Peergruppe als hilfreich im Bewältigungsprozess (Jones et al., 2018).

Jones et al. (2018) erwähnen, dass sich einige Kinder wünschen, in den Entschei-

dungsprozess mit einbezogen zu werden, damit sie ein Gefühl von Kontrolle bekommen. Andere Kinder möchten nicht über das Erlebte sprechen, und flüchten sich in vermeidende Copingstrategien (Weiss et al., 2019).

6.3 Verarbeitung der Traumaerfahrung unterstützen

In den bearbeiteten Studien werden verschiedene Ansätze reflektiert und diskutiert, wie das Leiden der Kinder reduziert werden kann. Die meisten Pflegefachpersonen wenden schon ohne ein spezifisches Training diverse Strategien und Methoden an, um ein Kind vom physischen und psychischen Leiden abzulenken und die Situation erträglicher zu machen, wie die Studie von Alisic et al. (2014) beschreibt.

Wie zudem von Bühlmann (2009) beschrieben, kann Humor heilend wirken und ein Gefühl von Erleichterung verschaffen, insbesondere nach einem Unfall. Dies setzt Anstand, Sensibilität, Empathie und Respekt voraus, damit Pflegefachpersonen einschätzen können, was in der Situation als angebracht empfunden wird.

Die Studie von Marsac et al. (2019) testet eine Akutintervention bei Kindern nach einem Unfall mit dem «Cellie Coping Kit». Dies soll den Verarbeitungsprozess der Kinder beschleunigen. Es kam bei der überwiegenden Mehrheit der Kinder und Eltern ausgezeichnet an. Die Teilnehmenden beschreiben, dass sie das Kit primär zum Trost, zum Spass oder zur Informationsgewinnung verwendet haben. Der Vorteil dieses Kits ist, dass auch die Eltern miteingebunden werden und dass zum Beispiel die Geschichten vorgelesen oder allein gelesen werden können. Das Kit enthält zusätzlich Informationsbroschüren, mit denen sich die Eltern zur Thematik weiterbilden können. Im Coping Kit ist ausserdem ein Stofftier inkludiert, das für viele Kinder trostpendende Wirkung zeigt.

Die Studie von Haag et al. (2020) verwendet in den CARE-Therapiesitzungen nebst einem Stofftier weitere Tools wie eine Art Tagebuch, in dem Kindern in einem geführten Prozess über das Erlebte schreiben können. Eine ähnliche Plattform bietet das «Imagine Project» von Dianne Maroney (2020). Diese Studie wurde nicht in die Auswahl für diese Bachelorarbeit inkludiert, da sie Kinder mit einem Trauma nach einer Gewalterfahrung einschliesst. Die Intervention zeigt sich dennoch als vielversprechend und könnte sich bei Kindern nach einem Unfall als hilfreich erweisen. Das Imagine Project

(Maroney et al., 2020) ist eine praktische Intervention, die von Kindern angewandt werden kann, die gern schreiben. Sie fördert mit einem spezifischen Schreibmuster die Aufarbeitung des Erlebten. Die Sätze beginnen dabei immer mit «Imagine ...», also «Stell dir vor ...». Durch diese Schreibweise sollen Kinder sich mit ihren Emotionen verbinden und die negativen Erinnerungen im Verlauf des Textes in positive umwandeln können. Für kleinere Kinder, die noch nicht schreiben können oder dies nicht gern tun, können zum Beispiel Kinderbücher eine geeignete Methode sein. In der Studie von Haag et al. (2020) wird in den Therapiesitzungen ein Kinderbuch verwendet, das die Geschichte eines Jungen, Max, beschreibt, der einen Unfall hatte. Dies hilft den Kindern, mögliche Symptome einzuordnen und sich mit der Situation nicht allein zu fühlen. Mit diesen Interventionen und Ressourcen wie dem Stofftier, dem Bilderbuch oder dem geführten Schreiben kann zudem die Bindung zur Bezugsperson gestärkt werden.

6.4 Angehörige unterstützen

Haag et al (2020) beschreibt die Eltern als die zentralen Figuren, die Einfluss auf den Umgang mit dem einem schwierigen Ereignis haben. Sie nehmen eine zentrale Rolle in der Entwicklung des Verarbeitungsprozesses des Kindes nach einem Unfall ein. Eltern können das Kind zum Beispiel bestärken, Hilfe von aussen anzunehmen. Sind die Kinder den Eltern gegenüber offen, sind sie auch eher bereit sich Fachpersonen gegenüber zu öffnen und vom Erlebten zu erzählen (Marsac et al., 2013). Eltern können von der Situation mitbetroffen sein oder Schuldgefühle empfinden. Auch die Eltern-Kind-Beziehung kann in Mitleidenschaft gezogen sein; z.B. wenn Kinder den Eltern gegenüber ablehnend reagieren oder die Beziehung aufgrund von Schuldgefühlen der Eltern beeinträchtigt ist (Haag et al., 2020). Aufgrund dessen betonen besonders die Studien von Marsac et al. (2013), Haag et al. (2020), und Weiss et al. (2019) die Wichtigkeit der Rolle der Eltern auf und deren Miteinbezug im Prozess. Das CARE-Interventionsmodell von Haag et al. (2020) legt den Schwerpunkt auf Kind und Elternteil in den therapeutischen Sitzungen. Die Eltern werden bezüglich möglicher Veränderungen in der Eltern-Kind-Beziehung informiert und es werden Bewältigungsstrategien vermittelt, wie die Eltern mit dem veränderten Verhalten umgehen können, beispielsweise wie am besten reagiert werden kann, wenn das Kind einen Albtraum oder einen Wutanfall hat.

Oftmals reagieren Kinder mit Symptomen der Übererregung, der Vermeidung oder des Wiedererlebens, die einen negativen Einfluss auf die Lebensqualität haben. Dieses emotionsregulierende Verhalten kann Eltern überfordern und belasten (Weiss et al., 2019). Haag et al. (2020) beschreibt ausserdem, dass Eltern ein weitreichenderes Verständnis für die Situation des Kindes entwickeln, wenn sie vorgängig über mögliche Verhaltensweisen informiert werden. Zudem kommt ein Gefühl der Sicherheit auf, da die Problematik bekannt ist und gewisse Verhaltensänderungen zum Bewältigungsprozess dazugehören.

6.5 Übergang in die häusliche Situation vorbereiten

Der Review von Jones et al. (2019) beleuchtet als Einziges die Situation zu Hause. Es zeigte sich, dass sich Eltern zu Hause oft überfordert fühlen, denn Kinder könne nach einem Unfall mehr Betreuung und Zuwendung benötigen. Schliesslich warten zu Hause Verpflichtungen, Arbeit und allenfalls auch Geschwister, die ebenso Aufmerksamkeit benötigen. Die Eltern äussern, auf Hilfe von Freunden und der Familie angewiesen zu sein. Wenn diese Ressourcen nicht verfügbar sind, äussern Eltern, dass sie es sehr schwierig finden, Hilfe im häuslichen Setting zu beantragen.

Des Weiteren beschreiben Eltern im Review von Jones et al. (2019) die Hürde, von der Spitalentlassung in den Schulalltag zurückzufinden, als schwierig. Die Schulen der Kinder wissen nicht genug über die physischen und insbesondere die psychischen Verletzungen der Kinder und den Umgang damit. Dies führte dazu, dass zum Beispiel Konzentrationsschwierigkeiten, Müdigkeit und Merkschwierigkeiten als Faulheit oder schlechtes Verhalten interpretiert werden.

Jones et al. (2019) beschreiben, dass spezielle Fachpersonen im häuslichen Umfeld von den Eltern geschätzt werden und eine längere Begleitung im Rahmen von Therapien und einem Telefondienst insbesondere für Eltern wichtig wären. Ebenfalls werden viele der Eltern in organisatorischen Schritten unzureichend begleitet. Sie wünschten sich eine Fachperson (z.B. Sozialarbeiter:in), die die Situation zu Hause erfassen könnte und nötige Vorkehrungen in die Wege leiten würde. Des Weiteren bemängeln die Eltern intermittierend die Absprache zwischen den Fachpersonen und würden eine

klare Führung und Aufgabenteilung als hilfreich empfinden. Im Allgemeinen werden Besuche zu Hause oder die Möglichkeit, sich an eine Fachperson zu wenden, mehrmals erwähnt, ebenso dass der Informationsaustausch zwischen den Familien und den verschiedenen Fachstellen besser organisiert sein könnte.

7. Theorie-Praxis-Transfer

Kinder bilden eine vulnerable Gruppe für posttraumatische Belastungsstörungen. Der Bewältigungsprozess nach einem Unfall ist von Kind zu Kind unterschiedlich und bedarf deshalb einer individuellen Betreuung durch medizinische Fachpersonen, insbesondere von Pflegefachpersonen. Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse aus der Diskussion aufgegriffen und in Bezug zum Praxismodell von Bühlmann (2009) gesetzt. Ebenso wird die Rolle der Pflegefachpersonen beleuchtet und Empfehlungen für die Praxis abgegeben.

7.1 Wohlbefinden unterstützen

Das Wohlbefinden der Kinder muss besonders in der Betreuung im Spitalalltag eine zentrale Rolle spielen. Kinder befinden sich im Spital stets in einer Ausnahmesituation: Das ungewohnte Umfeld, Angst vor Interventionen und Schmerzen sind einschneidende Erfahrungen für die Psyche der Kinder (Weiss et al., 2019). Bühlmann (2009) beschreibt in ihrem Praxismodell die Wichtigkeit der adäquaten Schmerztherapie. Ein Kind sollte, wann immer möglich, erträgliche oder bestenfalls keine Schmerzen äussern, so dass die körperlichen Leiden möglichst klein gehalten werden kann und sich das Kind auf den Verarbeitungsprozess des Geschehenen konzentrieren kann. Ein weiterer Vorteil einer adäquat eingestellten Schmerztherapie ist, dass Pflegefachpersonen sich auf das «normale» Verhalten des Kindes konzentrieren können, das nicht durch vorhandene Schmerzen beeinflusst wird.

Zu den wichtigsten Verhaltensauffälligkeiten gehören folgende drei Symptomkomplexe und untergeordnete Veränderungen im Verhalten (Weiss et al., 2019):

- Vermeidung:
 - Der Versuch, nicht an die Verletzung zu denken
 - Nicht darüber reden und keine Gedanken aufkommen lassen

- Geringes Interesse an Dingen, die vor dem Unfall durchgeführt wurden
- Nicht in der Lage sein, starke Gefühle zu haben
- Übererregung:
 - Sich reizbar fühlen
 - Wutanfälle haben
 - Konzentrationsschwierigkeiten haben
- Wiedererleben
 - Alpträume haben
 - Verhalten oder das Gefühl, dass das Erlebnis wieder passiert
 - Beunruhigende Gefühle bei Erinnerungen oder Erwähnungen der Ereignisse haben

Sollte ein Kind eines oder mehrere dieser Symptome aufweisen, ist es ratsam das Gespräch mit den Eltern zu suchen und geeignete Massnahmen in die Wege zu leiten. In der Vermeidung ist es wichtig, das Kind empathisch auf das Geschehene anzusprechen, hierfür ist eine vertrauensvolle Beziehung zur Pflegefachperson die Voraussetzung. Wenn ein Kind erzählen möchte, sollten Pflegefachpersonen aktiv zuhören, um das Wohlbefinden zu steigern. Ebenso ist es wichtig, das Kind nicht zu drängen, wenn es nicht erzählen will (Bühlmann, 2009).

Im Symptomkomplex der Übererregung ist es wichtig, dass das Kind (angestauten) Emotionen freien Lauf lassen kann. Bei Konzentrationsschwierigkeiten sollte ausserdem darauf geachtet werden, dass das Kind nicht überfordert wird und genügend Ruhezeiten zur Regeneration hat. Dies kann ausserdem eine Reizüberflutung verhindern. Somit können auch explosive Reaktionen vermieden werden.

Wenn Kinder Symptome des Wiedererlebens erfahren, ist es wichtig, dass Kinder über wiedererlebte Situationen berichten können oder dies anderweitig verarbeiten können, z.B. durch das Imagine Project (Maroney, 2020), durch Zeichnungen oder Tagebuchschreiben. Wenn Kinder beim Einschlafen Schwierigkeiten aufweisen oder durch Alpträume geplagt werden, kann es helfen, sich an Einschlafrituale zu halten, ein Nachtlicht zu verwenden und/oder genügend Ruhezeiten über den Tag einzuplanen, dass das Kind genügend Energie für die Verarbeitung hat.

Hierzu können verschiedene Ressourcen wie zum Beispiel ätherische Öle, basale Stimulation oder atemstimulierende Einreibungen verwendet werden. Dabei sind beruhigende Noten wie Lavendel, Bachblüten oder Orangenblüten von Vorteil und können beispielsweise als Abendritual vor dem Schlafengehen angewandt werden (Thiemes, 2020).

Tipps für den Praxisalltag:

- 1) Symptomkomplexe kennen, herausforderndes Verhalten erkennen und früh ansprechen
- 2) Reizüberflutung verhindern und Ruhezeiten einplanen
- 3) Basale Stimulation zur Unterstützung des Körpergefühls anwenden und beruhigende Atmosphäre durch ätherische Öle schaffen
- 4) Bei herausforderndem Verhalten mit den Eltern und dem psychologischen/psychiatrischen Dienst in Kontakt bleiben.

7.2 Bewältigungsfähigkeit stärken

In der Studie von Alisic et al. (2014) wird erwähnt, dass sich die befragten Pflegefachpersonen uneinig in Bezug auf die Vulnerabilität der Kinder sind. Kinder greifen automatisch auf verschiedene Copingstrategien zurück und deshalb wird ein Leiden oft zu spät erkannt. Ebenso können negative Copingstrategien mit einem verspäteten Leiden in Verbindung gebracht werden (Marsac et al., 2013).

Das Review von Jones et al. (2019) beschreibt ausserdem, dass Kinder und Jugendliche ein Bedürfnis nach Kontrolle haben und individuell gefördert und betreut werden möchten. Ein Spitalaufenthalt bedeutet oftmals das Gegenteil. Die Kinder werden aus dem gewohnten Umfeld gerissen und müssen sich neuen Routinen anpassen. Wichtig ist, das Kind in den Pflegealltag zu integrieren und so die Bewältigungsfähigkeit zu stärken. Wenn das Kind mitbestimmen kann, stärkt dies das Kontrollgefühl, was sich positiv auf den Bewältigungsprozess auswirkt. Bühlmann (2009) setzt in ihrem Praxiskonzept zu den Pflegeinterventionen einen feinfühligem und empathischen Umgang in der individuellen Begleitung von Betroffenen voraus. Es gilt, sich dem Kind anzupassen. Wenn ein Gesprächsbedarf beim Kind entdeckt wird, liegt es in der Verantwortung der Pflege-

fachperson, dies positiv zu bestärken, Gespräche anzubieten und bei Bedarf interprofessionelle Unterstützung beizuziehen. Ebenso wichtig ist es, die Eltern in die tägliche Pflege miteinzubeziehen.

Tipps für den Praxisalltag:

- 1) Kinder in den Pflegealltag miteinbeziehen und Kontrollgefühl stärken
- 2) Kinder individuell nach ihren Bedürfnissen begleiten, nicht zur Verarbeitung zwingen oder drängen

7.3 Verarbeitung der Traumaerfahrung unterstützen

Kinder sollten stets ihren Bedürfnissen angepasst, in der Bewältigung des Traumas unterstützt werden. Es wäre kontraproduktiv ein Kind zum Reden zu drängen, wenn es noch nicht dazu bereit ist. Bühlmann (2009) spricht in diesen Fällen vom Vorgang des «watchful waiting», was mit «wachsamem Beistehen» übersetzt werden kann. Dabei werden die Entwicklung des Kindes beobachtet, dessen Verarbeitungsprozess abgewartet und bei persistierendem Leiden oder dem Auftreten einer akuten Belastungsstörung wird psychiatrische/psychologische Hilfe beigezogen. Pflegefachpersonen sollten hierbei auf ihr Bauchgefühl achten und auf Erfahrungswerte zurückgreifen. Es ist besser, wenn einmal zu früh psychologische Hilfe geholt wird, als zu lange abzuwarten.

Die Verarbeitung kann auf verschiedene Art und Weise unterstützt werden. Die befragten Pflegefachpersonen in der Studie von Alisic et al. (2014) wenden auch ohne spezifisches Training automatisch verschiedene Ablenkungsstrategien an. Dies ist in der Berufspraxis vielseitig anzutreffen. Pflegefachpersonen im pädiatrischen Setting tragen nicht selten ein Arsenal an verschiedenen, schillernden Stiften, quietschenden Spielzeugen, Maskottchen und Verkleidungsstücken mit sich herum, um die Aufmerksamkeit der Kinder weg von der schwierigen Situation, auf sich zu lenken. Diese Hilfsmittel tragen dazu bei, eine Bindung zum Kind aufzubauen und eine Vertrauensbasis zu schaffen. Ebenfalls eignen sich Stofftiere oder Übergangsobjekte (Spielzeuge, die Kinder zum Beispiel im Spital erhalten). Sie können eine Ressource sein, um Trost zu spenden aber auch, um den Kindern die Angst vor Interventionen zu nehmen. Eine beliebte Strategie ist, Interventionen am Stofftier vorzuzeigen, dass die Kinder besser verstehen,

was an ihnen gemacht wird. Sie sind hervorragende Eisbrecher und können in die Behandlung miteinbezogen werden, wenn das Kind sich darauf einlässt.

Tipps für den Praxisalltag:

- 1) Einheitlicheres Training für Pflegefachpersonen zur Unterstützung der Kinder bei der Traumaverarbeitung
- 2) Stofftierchen, bunt glitzernde Stifte, quietschende Spielzeuge oder Verkleidungen helfen zur Ablenkung und zur Erhöhung der Aufmerksamkeit
- 3) Übergangsobjekte oder mitgebrachte Stofftiere als Eisbrecher nutzen oder um Interventionen verständlich zu erklären
- 4) Kinderbücher zum Verständnis der Situation nutzen (z.B. wird ein Unfall oder Abbräume thematisiert)

7.4 Angehörige unterstützen

Wie im Diskussionsteil beschrieben, sind nicht nur die Kinder vom schwierigen Erlebnis des Unfalls betroffen, sondern auch die Eltern, die unter Umständen die Situation miterlebt haben. Dies kann belastend sein, da zum Beispiel Schuld- und Ohnmachtsgefühle, die Situation nicht verhindern zu haben, mitspielen können. Pflegefachpersonen sind für die Eltern wichtige primäre Ansprechpersonen, demnach ist die professionelle, vertrauensvolle Beziehung zu ihnen ebenso wichtig. Im Review von Jones et al. (2019) wird beschrieben, dass Pflegefachpersonen Schuldgefühle von Eltern nicht oder zu spät erkennen. Eine Möglichkeit besteht darin, dass Eltern und Kinder anhand eines standardisierten Assessments bereits bei Eintritt auf posttraumatische Belastungssymptome gescreent werden, wie die Studie von Alisic et al. (2014) dies umgesetzt hat. Sie können auch in die Therapiesitzungen einbezogen werden, wie in der Studie von Haag et al. (2020) in den CARE-Therapiesitzungen beschrieben. Im Bewusstsein, dass Pflegefachpersonen keine Traumatherapie durchführen, scheint es doch wichtig zu erwähnen, dass es ihre Aufgabe ist, Psychoedukation zu leisten oder bei Bedarf den psychologisch/psychiatrischen Dienst zu informieren. Die Psychoedukation kann z.B. dann bestehen, dass Eltern über vorhandene oder möglicherweise auftretende Symptome und mögliche Bewältigungsstrategien informiert werden können. Zudem gehört es zu den

pflegerischen Aufgaben, Schuldgefühle der Angehörigen wahrzunehmen und ihnen Stellen zu vermitteln, wo sie Hilfe holen können.

Tipps für die Praxis:

- 1) Eltern offen auf Symptome ansprechen
- 2) Präventive Psychoedukation über potenziell aufkommende negative Emotionen bei sich und dem Kind
- 3) Eltern in Therapie miteinbeziehen und informieren

7.5 Übergang in die häusliche Situation vorbereiten

Obwohl der Bereich der häuslichen Situation nicht direkt in die Aufgaben einer Pflegefachperson im akutsomatischen Setting fällt, erscheint es dennoch wichtig, Kinder und ihre Familien auf die Situation zu Hause vorzubereiten. In diesem Aspekt nehmen Pflegefachpersonen eine edukative und organisatorische Rolle ein. Die Familie auf die häusliche Situation vorzubereiten geschieht oftmals in Zusammenarbeit mit organisatorischen Schnittstellen, wie zum Beispiel dem Sozialdienst und die zugeteilten Aufgaben sind von Spital zu Spital unterschiedlich. Aufgrund der über den Spitalaufenthalt aufgebauten vertrauensvollen Beziehung zu Eltern und Kindern erscheint es zentral, dass Pflegefachpersonen Unsicherheiten und Fragen beantworten und in edukativer Rolle insbesondere die Eltern auf den Spitalaustritt vorbereiten können. Ebenfalls gilt es, Anliegen der Eltern an die zuständige Fallführung des Sozialdienstes weiterzuleiten, sollten diese die Kompetenzen der Pflegefachperson überschreiten.

Tipps für die Praxis:

- 1) Fragen und Anliegen bzgl. des Austritts frühzeitig mit Eltern und Kind ansprechen
- 2) Über Möglichkeiten und Grenzen in der Unterstützung der Institution aufklären
- 3) Interprofessionelle Kommunikation mit Sozialdienst und weiteren unterstützenden Angeboten (z.B. Spitex, Kinder-Spitex, Homecare) ist zentral

8. Beantwortung der Fragestellung

Im folgenden Abschnitt wird die zu Beginn gestellte Fragestellung beantwortet:

Für welche pflegerischen Interventionen im Akutspital zeigen Kinder im Alter von eins bis achtzehn Jahren Unterstützungsbedarf für die psychische Bewältigung nach einem Unfall?

Anhand der vorhandenen Literatur konnte die Fragestellung beantwortet werden. Die ausgewählten Studien widersprachen sich in keinem Ergebnis, sondern erwähnten mehrheitlich ähnliche Resultate. Die meisten Studien weisen darauf hin, dass die Kinder aufgrund ihrer Entwicklung eine vulnerable Gruppe für posttraumatische Belastungssymptome sind. Grundsätzlich gilt das von Bühlmann (2009) beschriebene «watchful waiting» vorzuziehen und bei Auffälligkeiten geeignete Massnahmen in Absprache mit dem psychologischen/psychiatrischen Dienst einzuleiten. Präventiv können Pflegefachpersonen jedoch vielseitig intervenieren, dass das Kind keine posttraumatische Belastungssymptome entwickelt. Ablenkung gilt als zentrale pflegerische Intervention und wird unter den Pflegefachpersonen meist ohne Training bereits angewandt. Ebenso wichtig wie die Kinder sind ihre Bezugspersonen. Die Eltern sind durch den Unfall nicht selten auch in Mitleidenschaft gezogen. Eine Edukation über möglicherweise auftretende Symptome beim Kind und bei ihnen selbst ist unerlässlich, dass die Eltern bei zu Hause auftretenden Verhaltensweisen richtig intervenieren und auch ihre eigenen Gefühle kontrollieren und verarbeiten können.

Grundsätzlich sollte jedes Kind möglichst individuell nach seinen Bedürfnissen betreut und in den Pflegealltag miteinbezogen werden. Dies steigert das Kontrollgefühl. Ausserdem ist es wichtig, die Kinder nur den nötigsten Reizen auszusetzen und für Ruhe und Erholung im hektischen Spitalalltag zu sorgen.

9. Limitationen

Die systematische Literatursuche wurde nur in Sprachen vorgenommen, die die Autorinnen sprechen und verstehen. Deshalb wurde ein grosser Teil an Literatur, der nicht auf Englisch und Deutsch verfasst ist, ausgeschlossen. Zudem könnte es zu Verständnisproblemen gekommen sein, da Englisch nicht die Muttersprache der Autorinnen ist und alle Studien und das Review auf Englisch geschrieben sind.

Nur eine Studie (Haag et al., 2020) wurde in der Schweiz durchgeführt. Die meisten anderen Studien wurden in den USA durchgeführt. Aufgrund der kulturellen und insbesondere der gesundheitspolitischen Unterschiede ist bei der Übertragung auf die Situation in der Schweiz Vorsicht geboten.

Die verwendeten Studien weisen zum Teil eine sehr kleine Stichprobe auf, bzw. es gab viele Drop-outs (Haag et al., 2020, Alisic et al., 2014, Marsac et al., 2018). In einigen Studien wird das bereits von den Autor:innen selbst bemängelt. Insgesamt lässt sich sagen, dass in verschiedenen Studien und dem Review Informationen bezüglich dem Aufbau der Studie gefehlt haben. Für die Leser:innen ist nicht klar ersichtlich, wieso z.B. ein gewisses Design gewählt wurde.

Zudem wurde im Verlauf der Bachelorarbeit klar, dass die PTBS ein sehr komplexes psychiatrisches Störungsbild ist. Beide Autorinnen hatten in ihrer bisherigen Pflegepraxis wenig Kontakt mit Kindern, die daran erkrankt sind. In der Praxis bedeutet das, dass eine enge Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen, Ärzt:innen, Psychiater:innen und Psycholog:innen stattfinden muss. Diese Bachelorarbeit und ihr begrenzter Umfang wird deshalb diesem Krankheitsbild und dessen Symptomkomplex nicht gerecht werden.



10. Fazit

«Wir Pflegende können bewirken, dass Unfallverletzte sich gut aufgehoben fühlen. Wir können die Verletzten bestärken, ihre individuellen Strategien einzusetzen» (Bühlmann 2009, S. 156).

Pflegefachpersonen haben einen Einfluss auf die Bewältigung eines Unfalls. Und doch geschieht es immer wieder, dass sich Pflegefachpersonen mit Kindern nach einem Unfall überfordert fühlen. Sie wollen nichts Falsches sagen, nichts tun, was den Verarbeitungsprozess beeinträchtigen könnte. Dafür sollte diese Arbeit geschrieben werden, um Pflegefachpersonen einige pflegerische Interventionen in die Hand zu geben. Diese sollten einfach umsetzbar, hilfreich für Kinder und evidenzbasiert sein. Die Interventio-

nen wurden aus den verschiedenen Studien zusammengefasst und dann jeweils in die Interventionsbereiche nach dem Konzept von Bühlmann (2009) geordnet. In der nächsten Abbildung werden die Praxistipps zusammengefasst.

Abbildung 3
Praxistipps zusammengefasst (Eigene Darstellung, 2023)

TIPPS ZUM UMGANG MIT KINDERN NACH EINEM UNFALL	
Der Beziehungsaufbau zu den Kindern und Eltern bildet den Grundstein für alle weiteren pflegerischen Interventionen.	
<p>Wohlbefinden unterstützen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Symptomkomplexe kennen, herausforderndes Verhalten erkennen und früh ansprechen • Reizüberflutung verhindern und Ruhezeiten einplanen • Basale Stimulation und ätherische Öle • Mit psychologischem/psychiatrischem Dienst in Kontakt treten 	<p>Bewältigungsfähigkeit stärken</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kinder in den Pflegealltag miteinbeziehen • Kinder individuell begleiten, nicht zur Verarbeitung drängen
<p>Verarbeitung der Traumaerfahrung unterstützen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Training für Pflegefachpersonen zur Unterstützung der Kinder bei der Traumaverarbeitung • Stofftierchen, bunt glitzernde Stifte, quiet-schende Spielzeuge oder Verkleidungen helfen bei der Ablenkung / Erhöhung der Aufmerksamkeit • Übergangsobjekte oder mitgebrachte Stofftiere als Eisbrecher nutzen    <ul style="list-style-type: none"> • Kinderbücher zum Verständnis der Situation nutzen 	<p>Angehörige unterstützen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eltern offen auf Symptome ansprechen • Präventive Psychoedukation • Eltern in Therapie miteinbeziehen und informieren  <p>Übergang in die häusliche Situation unterstützen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fragen und Anliegen bzgl. des Austritts frühzeitig ansprechen • Über Möglichkeiten und Grenzen der Institution in der Unterstützung aufklären • Interprofessionelle Kommunikation mit unterstützenden Angeboten ist zentral 

Um diese Tipps immer präsent zu haben, könnte man dies als Merkblatt im Stationszimmer aufhängen oder vielleicht auch laminieren und im Kasack mitnehmen.

Persönlich nehmen wir aus dieser Arbeit mit, dass eine PTBS unabhängig von der Schwere des Unfalls oder des traumatischen Erlebnisses entstehen kann. Es ist wichtig, die Symptome zu erkennen und korrekt darauf reagieren zu können. Denn je früher gehandelt wird, desto besser. Zudem sind Kinder keine kleinen Erwachsenen (Rogal, 2022). Sie brauchen besondere Zuneigung, fassen aber auch schnell Vertrauen zu Bezugspersonen. Schlussendlich sind dieses Vertrauen und die Beziehung, die sich daraus entwickelt, der Grundstein, dass sich Kinder wohlfühlen.

Damit sich die Kinder wohlfühlen können, muss zuerst das physische Wohlbefinden wiederhergestellt werden. Doch dabei müssen Pflegefachpersonen nicht stehenbleiben, sondern ihre Aufgabe wahrnehmen, auch für das psychische Wohlbefinden zu sorgen.

In der Forschung muss noch einiges getan werden. Die meisten der ausgewählten Studien haben eine kleine Teilnehmendenzahl. Dies liegt wohl zu gewissen Teilen auch daran, dass die Forschung im pädiatrischen Bereich besonderen Sicherheits- und Überwachungsanforderungen unterliegt (Swiss PedNet, 2023). Die Swiss PedNet (Swiss Research Network of Clinical Pediatric Hubs, 2023) bemängelt zudem die fehlende Finanzierung von Forschung im pädiatrischen Bereich. Gerade im Bereich der psychischen Erkrankungen bei Kindern besteht noch viel Bedarf zur Sensibilisierung und Aufklärung (BAG, 2021). Erst wenn das Thema sichtbar wird, kann auch Forschung dazu stattfinden.

Abkürzungsverzeichnis

ABS	Akute Belastungsstörung
AICA	Arbeitsinstrument Critical Appraisal
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
CASP	Critical Appraisal Skills Programme
CARE	Coping with Accident Reactions
Dr.	Doktor:in
et al.	et alia (lateinisch); und andere
o. J.	ohne Jahr(esangabe)
Prof.	Professor:in
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PTSS	Posttraumatische Stresssymptome
Suva	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
z.B.	zum Beispiel

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Keywords der Literatursuche	14
Tabelle 2 Ein- und Ausschlusskriterien.....	15
Tabelle 3 Zusammenfassung von drei Studien.....	18
Tabelle 4 Zusammenfassung von zwei Studien und einem Review	19

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Bewältigungsstrategien der Unfallverletzten (Bühlmann, 2009 S. 25)	7
Abbildung 2 Bewältigungsprozess nach einem Unfall (Bühlmann, 2009, S. 50)	9
Abbildung 3 6 S Pyramide von Discenso et al. (2009, S. 100)	156
Abbildung 4 Praxistipps zusammengefasst (Eigene Darstellung, 2023).....	45

Literaturverzeichnis

- Alisic, E., Conroy, R., Magyar, J., Babl, F. E. & O'Donnell, M. L. (2014). Psychosocial care for seriously injured children and their families: A qualitative study among Emergency Department nurses and physicians. *Injury*, 45(9), 1452–1458.
<https://doi.org/10.1016/j.injury.2014.02.015>
- BAG, Bundesamt für Gesundheit (2021, Januar 18). *Studie zur psychischen Gesundheit in der kinder- und hausärztlichen Versorgungspraxis*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-interprofessionalitaet-im-gesundheitswesen/forschungsberichte-interprofessionalitaet-m10-psychische-gesundheit.html>
- Bartholomeyczik, S., Linhart, M., Mayer, H. & Mayer, H. (2008). *Lexikon der Pflegeforschung. Begriffe aus Forschung und Theorie*. Urban & Fischer.
- Barnhill, J. W. (2020, April). *Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)—Psychische Störungen*. MSD Manual Profi-Ausgabe. [https://www.msmanuals.com/de-de/profi/psychische-st%C3%B6rungen/anst-und-stressbezogene-erkrankungen/posttraumatische-belastungsst%C3%B6rung-ptbs](https://www.msmanuals.com/de/de/profi/psychische-st%C3%B6rungen/anst-und-stressbezogene-erkrankungen/posttraumatische-belastungsst%C3%B6rung-ptbs)
- Benner, P. & Wrubel, J. (1997). *Pflege, Stress und Bewältigung. Gelebte Erfahrung von Gesundheit und Krankheit*. Hans Huber Verlag.
- Bühlmann, J. (2009). *Ein Unfall ist passiert—Pfleger unterstützen Unfallverletzte im Bewältigungsprozess* (1. Auflage 2009). Verlag Careum.
- Critical Appraisal Skills Programme. (2018). CASP (Systematic Review) Checklist. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
- Coakley, R. M., Forbes, P. W., Kelley, S. D., LeBovidge, J., Beasley, P., DeMaso, D. R. & Waber, D. P. (2010). Family functioning and posttraumatic stress symptoms in youth and their parents after unintentional pediatric injury. *Journal of Traumatic Stress*, 23(6), 807–810. <https://doi.org/10.1002/jts.20586>
- De Young, A. C., Haag, A.-C., Kenardy, J. A., Kimble, R. M. & Landolt, M. A. (2016). Coping with Accident Reactions (CARE) early intervention programme for preventing traumatic stress reactions in young injured children: Study protocol for two randomised controlled trials. *Trials*, 17(1), 362.
<https://doi.org/10.1186/s13063-016-1490-2>

- Dicenso, A., Bayley, L. & Haynes, R. B. (2009). Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evid Based Nurs*, 12(4), 99-101.
<https://doi.org/10.1136/ebn.12.4.99-b>
- DocCheck. (2021, November 24). *Posttraumatische Belastungsstörung*. DocCheck Flexikon. [https://flexikon.doccheck.com/de/Posttraumatische Belastungsst%C3%B6rung](https://flexikon.doccheck.com/de/Posttraumatische_Belastungsst%C3%B6rung)
- DocCheck. (2022, Oktober 23). *Trauma*. DocCheck Flexikon. <https://flexikon.doccheck.com/de/Trauma>
- Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation* (5th ed.). Springer.
- Gray, J. R. & Grove, S. K. (2021). *Burns & Grove's The Practice of Nursing Research. Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence* (9th ed.). Evolve.
- Haag, A.-C., Landolt, M. A., Kenardy, J. A., Schiestl, C. M., Kimble, R. M. & De Young, A. C. (2020). Preventive intervention for trauma reactions in young injured children: Results of a multi-site randomised controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(9), 988–997. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13193>
- Hplus. (n.d.). *Akutspital – H+ Die Spitäler der Schweiz*. <https://www.hplus.ch/de/zahlen-statistiken/h-spital-und-klinik-monitor/begriffe/akutspital>
- Jones, S., Davis, N. & Tyson, S. F. (2018). A scoping review of the needs of children and other family members after a child's traumatic injury. *Clinical Rehabilitation*, 32(4), 501–511. <https://doi.org/10.1177/0269215517736672>
- Käppeli, S. (2005). Bündnis oder Vertrag? Eine Reflexion über zwei Paradigmen der pflegenden Beziehung. *Pflege*, 18(3), 187–195.
- Kassam-Adams, N., Felipe García-España, J., Marsac, M. L., Kohser, K. L., Baxt, C., Nance, M. & Winston, F. (2011). A pilot randomized controlled trial assessing secondary prevention of traumatic stress integrated into pediatric trauma care. *Journal of Traumatic Stress*, 24(3), 252–259. <https://doi.org/10.1002/jts.20640>
- Lantz, A. J. (2020). Pediatric Accidental Trauma: Screening and Reducing Psychological Impact. *Pediatric Nursing*, 46(3), 111–114.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Sage.
- Maroney, D. I. (2020). The Imagine Project™: Using Expressive Writing to Help Children Overcome Stress and Trauma. *Pediatric Nursing*, 46(6), 300–311.

- Marsac, M. L., Donlon, K. A., Winston, F. K. & Kassam-Adams, N. (2013). Child coping, parent coping assistance, and post-traumatic stress following paediatric physical injury. *Child: Care, Health & Development*, 39(2), 171–177.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01328.x>
- Marsac, M. L., Weiss, D., Kohser, K. L., Van Allen, J., Seegan, P., Ostrowski-Delahanty, S., McGar, A., Winston, F. K. & Kassam-Adams, N. (2018). The Cellie Coping Kit for Children with Injury: Initial feasibility, acceptability, and outcomes. *Child: Care, Health & Development*, 44(4), 599–606. <https://doi.org/10.1111/cch.12565>
- NICE. (2018). *Post-traumatic stress disorder*. National Institute for Health and Care Excellence.
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/resources/posttraumatic-stress-disorder-pdf-66141601777861>
- Niemann, S., Achermann Stürmer, Y., Derrer, P. & Ellenberger, L. (2021). *Statistik der Nichtberufsunfälle und des Sicherheitsniveaus in der Schweiz* (S. 76). BFU, Beratung für Unfallverhütung. DOI:10.13100/BFU.2.399.01.2021
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (11th ed.). Wolters Kluwer.
- Pschyrembel (2022, November). *Pschyrembel Online | Trauma*. <https://www.pschyrembel.de/Trauma/P01KM/doc/>
- Ris, I., Preusse-Bleuler, B. & Huber, E. (2022): *Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal (AICA) eines Forschungsartikels* (2. überarbeitete und ergänzte Auflage). Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften ZHAW, Institut für Pflege.
- Rogal, S. (2022, Mai 1). *Zitat von Stefan Rogal zum Thema Alter*. Aphorismen.de.
<https://www.aphorismen.de/zitat/228404>
- Rzucidlo SE & Campbell M. (2009). Beyond the physical injuries: Child and parent coping with medical traumatic stress after pediatric trauma. *Journal of Trauma Nursing*, 16(3), 130–135. <https://doi.org/10.1097/JTN.0b013e3181b9e078>
- Schewior-Popp, S., Sitzmann, F., Ullrich, L., Anton, W., Bartholomeyczik, S., Bartoszek, G., Becker, C., Beyer, H. & Boczkowski, C. (Hrsg.) (2017). *Thiemes Pflege—Das Lehrbuch für Pflegenden in Ausbildung* (13., aktualisierte und erweiterte Auflage). Georg Thieme Verlag.

- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens* (3.). Hogrefe Verlag GmbH & Company.
- Suva (2023). *Unfall oder Krankheit? Das ist hier die Frage!*
<https://www.suva.ch/de-ch/ueber-uns/news-und-medien/news/unfall/unfall-oder-krankheit>
- Swiss PedNet (2023). *Besondere Anforderungen bei pädiatrischen klinischen Studien*. SwissPedNet.
<https://www.swisspednet.ch/de/header/ueber-uns/hintergrund>
- Weiss, D., Ostrowski-Delahanty, S., Van Allen, J., Seegan, P. & Marsac, M. L. (2019). Opportunities for nurses to support recovery after pediatric injury: Relationships among posttraumatic stress, hope, and quality of life. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 24(1), e12234. <https://doi.org/10.1111/jspn.12234>
- Wolter, B. (2005). „Resilienzforschung“—Das Geheimnis der inneren Stärke. *systema*, 19(3), 299–304.

Wortzahl

Abstract: **186 Wörter**

Bachelorarbeit (ohne Titelblatt, Abstract, Tabellen, Grafiken, etc. und deren Beschriftung; ohne Inhalts- und Literaturverzeichnis sowie Anhang, Eigenständigkeitserklärung, Danksagung, Glossar und weitere Verzeichnisse): **10134 Wörter**

Danksagung

Wir bedanken uns herzlich bei unserer Betreuungslehrperson, [REDACTED] für die unkomplizierte, ehrliche und wohlwollende Zusammenarbeit. Sie ist uns in allen Fragen helfend zur Seite gestanden, hat uns besonders intensiv im Prozess der Fragestellungsentwicklung begleitet. In Zeiten, in denen wir nicht mehr so richtig wussten, wie es weitergehen soll, hat sie uns aufgebaut.

Zudem bedanken wir uns bei unseren Familien und Freunden, die mit uns jede Gefühlslage durchlebt und uns emotional auf dieser Reise begleitet haben.

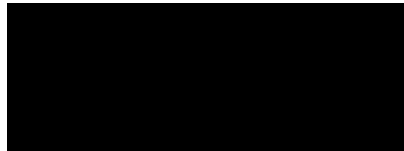
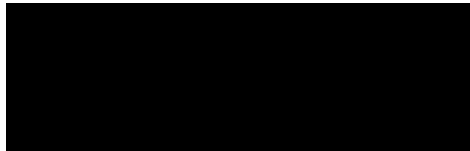
Besonders [REDACTED] und [REDACTED] die uns diese Arbeit gegengelesen und wertvolle Inputs gegeben haben, wollen wir verdanken.

Eigenständigkeitserklärung

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

Lisa Leemann

Chiara Massei



5. Mai 2023, Winterthur

Anhang

Suchverlauf

Datum	Datenbank	Keywords/Bol'sche Operatoren	Limits	Treffer	Passende Studien
23.8.22	Pubmed	(nurse OR nursing intervention OR nurses) AND (coping strategies OR coping strategy OR coping skills OR coping behaviour) AND (injuries OR injury OR trauma OR traumatic event OR pediatric trauma OR traumatic)	English, german	867	Anfängliche Übersicht
«	«	(nurse OR nursing intervention OR nurses) AND (coping strategies OR coping strategy OR coping skills OR coping behaviour) AND (injuries OR injury OR trauma OR traumatic event OR pediatric trauma OR traumatic) NOT (covid-19 OR corona)	English, german	805	Corona war zuvor in einigen Studien ein Thema, deshalb haben wir bei dieser Suche versucht diese auszuschliessen
«	«	(nurse OR nursing intervention OR nurses) AND (coping strategies OR coping strategy OR coping skills OR coping behaviour) AND (injuries OR injury OR trauma OR traumatic event OR pediatric trauma OR traumatic) NOT (covid-19 OR corona) AND (pediatric OR child OR children OR infant)	Englisch, German	203	Richtige Population; Titelscreening: 1 passende Studie gefunden: Opportunities for nurses to support recovery after pediatric injury: Relationships among posttraumatic stress, hope, and quality of life. (Weiss et. Al. 2018)
“	Google Scholar	Handsuche : injury, children, needs	keine	un- bekannt	Review gefunden: A scoping review of the needs of children and other family members after a child's traumatic injury (Jones et al., 2018)
24.8.22	CINAHL Complete	(Trauma OR traumatic experience OR injury OR injuries OR traumas) AND (coping OR cope OR coping strategies OR skill OR skills OR coping skill OR coping skills) AND (paediatric OR infant OR child OR children)	English, german	395	Anfängliche Übersicht, Mehrere spannende Artikel gefunden. Wurden beim Lesen des Abstracts ausgeschlossen, da nur wissenschaftliche Artikel, nicht Studien

		AND (nurse OR nurses OR nursing OR nursing interventions)			
	“	(Trauma OR traumatic experience OR injury OR injuries OR traumas) AND (paediatric OR infant OR child OR children) AND (nurse OR nurses OR nursing OR nursing interventions) AND (resilience OR resiliency OR resilient)	Keine	48	Ein hilfreicher Artikel, leider keine Studie; anderen Begriff als Coping verwendet, weniger erfolgreich
24.8.22	Ovid Emcare	(Coping OR coping strategies OR coping skills OR coping behavior OR cope) AND (injuries OR injury OR accident OR trauma) AND (pediatric OR child OR children OR infant OR adolescent)	Keine	2342	Weiter eingeschränkt
«	“	(Coping OR coping strategies OR coping skills OR coping behavior OR cope) AND (injuries OR injury OR accident OR trauma) AND (pediatric OR child OR children OR infant OR adolescent)	English, german; child (0 to 18); 2000-2022	59	Nach Sichtung der Titel und Abstracts 2 Studien ausgewählt: The Cellie Coping Kit for Children with Injury: Initial feasibility, acceptability, and outcomes. (Marsac et. al., 2018) Child coping, parent coping assistance, and post-traumatic stress following paediatric physical injury (Marsac et. al., 2013)
31.1.23	CINHAL Complete	(Trauma OR ptsd OR post-traumatic stress disorder OR traumatic events OR trauma history) AND (pediatric OR child OR children OR infant OR adolescent) AND (coping strategies OR coping skills OR coping)	Keine	1224	Übersicht verschaffen, eingegrenzt im nächsten Schritt
«	«	(Trauma OR ptsd OR post-traumatic stress disorder OR traumatic events OR trauma history) AND (pediatric OR child OR children OR infant OR adolescent) AND (nurse OR nurses OR nursing) AND (coping strategies OR coping skills OR coping)	keine	149	2 neue Studien erwiesen nach Lesen des Abstracts als nützlich
«	«	Landolt AND (pediatric OR child OR children OR infant OR adolescent)	keine	23	Spezifisch nach einem schweizer Autor gesucht (M. A. Landolt):

		AND (Trauma OR traumatic experience OR injury OR injuries OR traumas)			Zwei nützliche Studien: Coping with Accident Reactions (CARE) early intervention programme for preventing traumatic stress reactions in young injured children: study protocol for two randomised controlled trials (De Young et. al., 2016) Preventive intervention for trauma reactions in young injured children: results of a multi-site randomised controlled trial (Haag et. al., 2020)
“	Cochrane Library	Trauma And injury And pediatric	keine	11	Suche ausgeweitet
“	“	(trauma or traumatic experience or accident or injury) AND (pediatric or child or children)	keine	272	Limits gesetzt
“	“	(trauma or traumatic experience or accident or injury) AND (pediatric or child or children)	Years (2012 – now)	226	Keine Reviews gefunden, viel mit anderem Trauma verbunden.

Studien, die nicht als Hauptstudien verwendet wurden, inkl. Begründung

1. A pilot randomized controlled trial assessing secondary prevention of traumatic stress integrated into pediatric trauma care (Kassam-Adams et al., 2011)
→ Keine Interventionen für die Pflege
2. Beyond the Physical Injuries: Child and Parent Coping With Medical Traumatic Stress After Pédiatrie Trauma (Rzucidlo & Campbell, 2009)
→ Keine Studie
3. Caring for Critically Ill Children Experiencing Traumatic Stress (McDowell, 2022)
→ Keine Studie
4. Coping and psychological distress in children involved in road traffic accidents (Stallard et al., 2001)
→ Geht mehr um das Coping der Kinder, nicht konkrete Interventionen
5. Coping with Accident Reactions (CARE) early intervention programme for preventing traumatic stress reactions in young injured children: study protocol for two randomised controlled trials
→ Nur erste Resultate, noch nicht abgeschlossen.
6. Effectiveness of an Exercise-Based Active Rehabilitation Intervention for Youth Who Are Slow to Recover After Concussion (Gauvin-Lepage et al., 2018)
→ Falsches Setting, Reha
7. Family Functioning and Posttraumatic Stress Symptoms in Youth and Their Parents After Unintentional Pediatric Injury (Coakley et al., 2010)
→ Keine Intervention für Pflegefachpersonen
8. Nursing Care of Children after a Traumatic Incident (Mulvihill, 2007)
→ Keine Studie
9. Nurses' Views and Current Practice of Trauma-Informed Pediatric Nursing Care
→ Selbsteinschätzung von Pflegenden, keine Interventionen
10. Preventing Posttraumatic Stress Following Pediatric Injury: A Randomized Controlled Trial of a Web-Based Psycho-Educational Intervention for Parents (Marsac et al., 2013)
→ Intervention spezifisch für Eltern zuhause, nicht Pflegefachpersonen oder Kinder
11. Pediatric Accidental Trauma: Screening and Reducing Psychological Impact (Lantz, 2020)

- Keine Studie
- 12. Pilot Randomized Controlled Trial of a Novel Web-Based Intervention to Prevent Posttraumatic Stress in Children Following Medical Events (Kassam-Adams et al., 2016)
 - Medizinisches Trauma, Keine akute Intervention, sondern erst 12 Wochen nach Trauma
- 13. Posttraumatic Stress Symptoms in the Pediatric Intensive Care Unit (Ward-Begnoche, 2007)
 - Keine Studie
- 14. Psychological consequences of road traffic accidents for children and their mothers (Bryant et al., 2004)
 - Keine Interventionen
- 15. Psychological outcomes after pediatric hospitalization: the role of trauma type (Meentken et al., 2021)
 - Keine Interventionen
- 16. Resiliency process and socialization among Palestinian children exposed to traumatic experience: Grounded theory approach (Harazneh et al., 2021)
 - Kriegstrauma
- 17. Supporting Children and Adolescents in Disaster (Roberson, 2017)
 - Keine Studie
- 18. Screening of Acute Traumatic Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder in Pediatric Trauma Patients: A Pilot Study (Mazo et al., 2021)
 - Keine pflegerischen Interventionen
- 19. The Imagine Project™: Using Expressive Writing to Help Children Overcome Stress and Trauma (Maroney, 2020)
 - Keine Studie
- 20. (Boles, 2013)The Impact of Unintentional Pediatric Trauma: A Review of Pain, Acute Stress, and Posttraumatic Stress
 - Keine Studie, kein systematisches Review
- 21. The impact of injury: The experiences of children and families after a child's traumatic injury
 - Veränderungen im Leben, Unfall ist schon sehr lange her (8.5 Monate)
- 22. When Everything Changes: Supporting Resilience in Children With Acquired Brain Injuries (Boles, 2013)
 - Keine Studie

Zusammenfassung, kritische Würdigung und Gütebeurteilung der Studien und des Review

Studie von Haag et al. (2020)

Hilfstabelle Zusammenfassung der Studie

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Phänomen/ Problemstellung: Unfälle sind haben ein hohes Potenzial traumatische Ereignisse für Kinder unter 6 Jahren zu werden. 10-20% der Kinder entwickeln nach einem Unfall eine posttraumatische Belastungsstörung. Kinder die nicht behandelt werden, können ein chronifiziertes Leiden entwickeln und bis zu 3 Jahre nach dem Ereignis noch Symptome aufweisen. Die Frühe Kindheit ist eine vulnerable Periode für die physische, kognitive und psychologische Entwicklung der Kinder. Ein Unfall mit nachfolgender medizinischer Behandlung kann auch für die Eltern eine stressige Situation sein. 25-45% aller Eltern empfinden nach einem Unfall ihres Kindes Schuldgefühle, akutem Stress, posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen bis zu 6 Monate nach dem Unfall.</p> <p>Begründet mit Literatur: es werden auf weitere Studien bzgl. der Prävalenz hingewiesen.</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen: wird ausführlich beschrieben. Abgrenzungen wurden wenig bis keine gemacht.</p> <p>Argumente zum Forschungsbedarf:</p>	<p>Design Welches Design: two-arm, parallel-group superiority prospective randomised controlled trial (RCT) Begründung der Wahl: aufgrunddessen, dass zwei Länder an der Studie beteiligt waren, wurde für dieses Design entschieden, da so am besten die Signifikanz des Interventionsmodells getestet werden konnte.</p> <p>Methodologische Reflexion philosophischer Hintergrund des Forschungsdesigns: wurde nicht beschrieben Diskussion zur der Wahl des qualitativen Vorgehens: wurde nicht beschrieben Massnahmen zur Reflexivität der Forschenden: wurde nicht beschrieben</p> <p>Stichprobe Population: Kinder von 1-6 Jahren und ihre Eltern nach einem Unfall mit Folgen eines stationären oder ambulanten Aufenthalt Bestimmung der Stichprobe → Unterschiede je nach Land Australien: ambulante oder stationäre Aufnahme von Kindern ab 1-6 Jahren nach einem Unfall (Verbrennungen, Hundebiss, Verkehrsunfall usw.) Schweiz: ambulante oder stationäre Aufnahme von Kindern von 1-4 Jahren aufgrund einer Verbrennung Ausschlusskriterien: ungenügende Sprachkenntnisse der Eltern, initialer GCS von <12, Verdacht auf häusliche Gewalt, Kinder unter unter Aufsicht von Schutzbehörden, Kinder mit weitreichenden Entwicklungsstörungen, Kinder welche mehr als eine Woche auf der Intensivstation stationiert waren. Rekrutierung der Teilnehmenden: Die Teilnehmer wurden vom Forschungsteam via Patientenakten identifiziert und ca. eine Woche nach dem Unfall durch die Forschenden kontaktiert. Die Eltern mussten einen informierten Entscheid schriftlich festhalten. Verschiedene Studiengruppen Die Kinder wurden 6-8 Tage nach dem Unfallgeschehen kontaktiert. Die Rekrutierung lief in beiden Ländern parallel ab. Insgesamt konnten 588 Teilnehmer in die Studie eingeschlossen werden, welche gescreent und informierte Zustimmung unterschrieben haben. Von diesen wurde differenziert in high und low risk, letztere wurden ausgeschlossen. Die 133 verbliebenen wurden randomisiert in zwei Studiengruppen unterteilt. 62 wurden der Interventionsgruppe, 71 der Kontrollgruppe zugeteilt.</p> <p>Datenerhebung Art/Vorgehensweise der Datenerhebung: Beide Gruppen wurden anfangs befragt nach einem standardisierten diagnostischen Leitfaden zu Interviews und Befragungen. Diese baseline Interviews fanden einige Tage nach dem Unfall statt und anschliessend wurden die Familien in Interventions- und Kontrollgruppen randomisiert.</p>	<p>Ergebnisse: Es konnte keine statistische Relevanz bei demographischen Daten, medizinischen Charakteristika oder zwischen den beiden Armen der Studie erkannt werden.</p> <p>Eine statistische Signifikanz konnte jedoch bei der Interventionsgruppe aufgezeigt werden. Es wurde ersichtlich, dass die Kinder nach 3 Monaten im Vergleich zur Kontrollgruppe weiter waren im Heilungsprozess. Dieser Fortschritt war jedoch nach 6M. nicht mehr nachweisbar. Dies bedeutet, dass das CARE-Interventionsmodell grundsätzlich seinen Nutzen in der Akutintervention.</p> <p>Präsentation der Ergebnisse: Die Ergebnisse sind eher kurz präsentiert und teilweise nicht ganz übersichtlich dargestellt, da viele statistische Analyse Erklärungen noch miteinfließen. Dies macht die Ergebnisse schwer zu lesen.</p>	<p>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse: Beurteilung der Forschenden (Problemstellung, Phänomen, Beantwortung Fragestellung, Bezug zu Literatur): Grundsätzlich konnte das Ziel der Studie ausgearbeitet werden, in dem es ihnen gelang mit der Intervention einen signifikanten Unterschied zu erzielen. Über die ersten drei Monate konnte eine verschnellerter Heilungsprozess bei den Kindern aufgezeigt werden.</p> <p>Schlussfolgerungen, Anwendung und Verwertung in der Berufspraxis: Schlussfolgerungen: Dieses RCT präsentiert die erste präventive Intervention zu einer schnelleren Heilung nach einem Trauma bei Kindern. Die Intervention hat die Möglichkeit die Kinder frühzeitig in ihrem Genesungsprozess zu unterstützen.</p> <p>Implikation Praxis, Theorien, zukünftige Forschung: xx</p>

<p>aufgrund des bestehenden Leidens und der grossen Forschungslücke sehen die Forschenden Handlungsbedarf. Es gibt erst eine Studie, welche sich mit Frühinterventionen bei akutem Trauma bei Kindern beschäftigt hat und dieser gelang es nicht eine statistische Relevanz aufzuzeigen.</p> <p>Forschungsfrage/Hypothese/Ziel: Ziel: Die Forschenden möchten untersuchen inwiefern sich die CARE (Coping with Accident REactions) Interventionsmodell sich auf die Effizienz der Genesung der Kinder auswirkt.</p> <p>Arbeitshypothese: Es wurde die Hypothese aufgestellt, dass die Kinder, welche durch die CARE Interventionen betreut werden, eine signifikant grössere Reduktion an posttraumatischen Belastungssymptomen aufweisen.</p>	<p>Interventionsgruppe: Nach der Randomisierung begann die Interventionsgruppe mit der ersten Sitzung zur Intervention, die zweite Sitzung dann eine Woche nach der 1. Sitzung. Die Sitzungen dauerten zwischen 45-60min und wurden durch eine:n Psycholog:in abgehalten. Diese wurden im Rahmen des CARE Modells abgehalten. Dies umfasste Komponenten der Frühinterventionen von Kramer und Landolt et al. (2014) und Schlüsselemente von hypothetischen Annahmen, was die Kinder in ihrer mentalen Genesung unterstützen könnte, wie zum Beispiel, narrative Techniken, Psychoedukation, entwicklungsgerechte Ressourcen (Plüschtier, Bilderbuch usw.), vermitteln von Coping Strategien und Eduktion im Bereich der traumabedingten Verhaltensweisen bei Eltern. (→ Siehe Studie de Young et al.)</p> <p>Kontrollgruppe: erhielt TAU (treatment as usual), welche an beiden Spitälern in der CH und in Australien dieselben Massnahmen umfassten. Dies umfasste die Standardversorgung des physischen Leidens und die vorgeschlagenen Standardmassnahmen bei einem auftretenden psychischen Leidens, welches durch Sozialarbeiter:innen und Therapeut:innen vermittelt wurden. Die psychosoziale Unterstützung an beiden Standorten umfasste standardmässig Psychoedukation über Manifestationen von Traumatas und Massnahmen zur Unterstützung von Coping Strategien, Umgang mit Stressreaktionen bei Kindern und/oder zum Umgang mit Schuldgefühlen bei den Eltern.</p> <p>Definierte Variablen: <i>Primäre Variable:</i> Ausmass an posttraumatischen Belastungssymptome <i>Sekundäre Variablen:</i> PTSD Diagnose, funktionelle Einschränkungen, Verhaltensschwierigkeiten</p> <p>Messinstrumente zum Messen der Variablen: <i>Primär:</i> das PTSD-Modul des Diagnostic Infant and Preschool Assessment (DIPA) zur Messung des Schweregrads der posttraumatischen Belastungssymptomen. <i>Sekundär:</i> Diagnostic Infant and Preschool Assessment (DIPA) zur Messung von posttraumatischen Belastungsstörungen und funktionellen Einschränkungen, Child Behavior Checklist (1.5 J. – 5 J.) zur Messung von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern.</p> <p>Angaben zu Reliabilität/Validität der Messinstrumente: wird in der Studie als exzellent beschrieben.</p> <p>Umgang mit Missings: Es gab einige wenige Missings zu verzeichnen. Diese beeinflussen die Resultate oder das Vorgehen im Forschungsprozess nicht signifikant.</p> <p>Häufigkeit/Zeitraum der Erhebung: über 6 Monate wurden zwei Messungen durchgeführt (eine nach 3, die andere nach 6 Monaten)</p> <hr/> <p>Datenanalyse Skalenniveau der Variablen: Ausmass an posttraumatischen Belastungssymptomen: Ordinal PTSD-Diagnose, funktionelle Einschränkungen und Verhaltensschwierigkeiten: Nominal</p> <p>Statistische Verfahren zur Datenanalyse: Die Daten wurde mit einer statistische Analyseverfahren analysiert mit SPSS. Es wurde mit dem t-test, Pearson χ^2 Analyse, mit der Mittelwertdifferenz und mit den Effektstärken (Cohen's d).</p> <p>Signifikanzniveau: Das Signifikanzniveau wurde bei 0.05 festgelegt</p> <hr/> <p>Ethik Ethische Fragen (+ev. Massnahmen): keine Genehmigung Ethikkommission: Die Studie wurde in beiden Ländern durch eine Ethikkommission geprüft und genehmigt.</p>		
--	---	--	--

Hilfstabelle Würdigung der Studie

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Beantwortung Frage Berufspraxis/BA: Die Studie nimmt unser Thema mit den pflegerischen Interventionen mit ihrer Akutintervention nach einem Trauma sehr gut auf. Allerdings müssen die relevanten Daten aus dem vorgehenden Study report von deYoung et al. und der vorliegenden Studie zusammengesucht werden.</p> <p>Phänomen/Problem klar beschrieben/relevant: Das Phänomen wird klar beschrieben und nachvollziehbar ins Thema eingeleitet.</p> <p>Ziele explizit dargestellt: Ein Forschungsziel wird genannt und detailliert hergeleitet sowie beschrieben.</p> <p>Nachvollziehbare Einführung durch vorhandene Literatur (Menge, inhaltlich, Aktualität): Es werden eine angemessene Anzahl an Studien in der thematischen Herleitung verwendet. Diese wirken aktuell und aufschlussreich zur Thematik.</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen angemessen: wirkt angemessen.</p> <p>Rechtfertigung Forschungsbedarfs: Der Forschungsbedarf wird klar mit der bestehenden Forschungslücke aufgezeigt.</p>	<p>Design Design logisch passend zum Ansatz/Ziel/Frage: Das Design wird nachvollziehbar gewählt und beschrieben Design passend zu Phänomen/Problemstellung: passend.</p> <p>Methodologische Reflexion Darstellung philosophischer Hintergrund des Forschungsdesigns: nicht beurteilbar Kongruenz Ontologie-Epistemologie-Methodologie: nicht beurteilbar Methodologischer Ansatz logisch bzgl. Frage/Ziel: nicht beurteilbar Massnahmen zur Reflexivität der Forschenden werden bestätigt: nicht beurteilbar</p> <p>Stichprobe Bestimmung der Stichprobe angebracht bzgl. Design: die Stichprobe wirkt angemessen bzgl. des Designs. Die Studie hat ausserdem den Vorteil, dass in zwei Ländern gleichzeitig geforscht wird. Stichprobe repräsentativ: repräsentativ. Stichprobengrösse angemessen: angemessen, eher am unteren Ende für eine quantitative Studie, jedoch durchführbar so. Setting/Teilnehmende beschrieben/angemessen: Das Setting ist durch den demographischen Unterschied verschieden, jedoch ausreichend beschrieben und angemessen. Bezug Teilnehmende zu Phänomen/Problemstellung: Die Teilnehmenden repräsentieren die Zielgruppe des zu erforschenden Phänomens ausreichend.</p> <p>Datenerhebung Ziel der Datenerhebung Beschreiben/Interpretieren vertiefter Erkenntnisse: Das Ziel der Datenerhebung bestand darin, möglichst viele verschiedene Messdaten zu sammeln um zu sehen, wie sich die Intervention positiv auswirkt auf den Heilungsprozess nach einem Trauma. Dies wurde erreicht, in dem mit quantitativen Messinstrumenten die Vorgehensweise/Anpassungen klar beschrieben/nachvollziehbar: Die Vorgehensweise wird klar beschrieben und in einem Flowchart dargestellt. Diskussion der Datensättigung (Hinblick auf z.B. Theorieentwicklung): Die Datensättigung wird diskutiert, da im Rahmen des Prozess doch einige Missings zu verzeichnen waren. Der Prozess wurde jedoch nicht umgestellt und die Vorgehensweise beibehalten, da die Missings das Endresultat nicht beeinflussen. Die Datensättigung wirkt ausreichend.</p> <p>Datenanalyse Strategien/Vorgehensweisen nachvollziehbar beschrieben: Die Vorgehensweise ist nachvollziehbar beschrieben. Referenzierung zur Analysemethode: keine beschrieben. Beschreib analytischer Schritte: werden ausführlichst und genau beschrieben.</p>	<p>Präzise, vollständige und verständliche Ergebnisse: Die Ergebnisse werden präzise analysiert, Es werden Angaben zu Signifikanzwerten gemacht. Die Daten, die abgefragt wurden, werden auch präsentiert.</p> <p>Tabellen und Grafiken sinnvoll eingesetzt, präzise: Die Tabellen, die eingesetzt wurden, sind präzise. Im Fliesstext wird Bezug genommen auf die Grafiken.</p> <p>Stimmiges Ganzes? Die Darstellung ergibt ein stimmiges, glaubwürdiges Ganzes.</p>	<p>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse: Kann die Forschungsfrage mit den Ergebnissen beantwortet werden? Die Forschungsfrage konnte beantwortet werden. Bezug Ergebnisse zu Literatur und zu Problem sinnvoll und diskutiert: Die Literaturbezogenen Verzeichnisse fallen eher spärlich aus. Es wird wenig auf die weitere Quellen verwiesen. Dies wahrscheinlich aus dem Grund, dass es einfach keine Forschung dazu gibt. Ergebnisse vertieft/interpretiert: Die Ergebnisse werden nicht ausreichend vertieft. Der Diskussionsteil fällt im Verhältnis zum Rest eher kurz aus. Diskussion hat einen Mehrwert: Die Diskussion kann dennoch einen Mehrwert darstellen. Die Resultate wurden nochmals aufgearbeitet und sind im Kontext des Diskussionsteil strukturierter und präziser dargestellt als im Resultatteil. Ergebnisse Praxisrelevant: Die Ergebnisse zeigen eine hohe Relevanz für die Praxis auf und können einen grossen Mehrwert haben und einen Unterschied in der Betreuung der Kinder machen. Stärken/Schwächen/Limitationen angemessen diskutiert: folgende Limitationen wurden genannt: Durch die leicht verschiedenen einschliesskriterien aufgrund der unterschiedlichen Budgets der beiden Länder, unterschieden sich die beiden Stichproben in Alter, Verletzungstyp, ambulanter oder stationärer Betreuung und im Ausmass an posttraumatischen Belastungssymptomen. Die Art der Befragungen konnte nicht kongruent durchgeführt werden, da einzelne Familien in Australien nicht direkt vor Ort die Befragungen absolvieren konnten aufgrund eines zu langen Anreiseweg. Deshalb wurden die Befragungen teilweise via Telefon durchgeführt. Dies wurde gemacht, um den von ausserhalb</p>

<p>Diese wird nachvollziehbar beschrieben und der Mehrwert dieser Studie daraus abgeleitet.</p>	<p>Glaubwürdigkeit/Präzisierung der Datenanalyse: Die Forschenden führten eine Verlässlichkeitsprüfung ihrer Daten durch. Diese wird in einem separaten Abschnitt genauer beschrieben und nachvollziehbar erklärt. Intersubjektive Nachvollziehbarkeit sichergestellt: sichergestellt.</p> <p>Ethik Diskussion aller ethischen Fragen und Massnahmen: Es werden keine Nichteinbezug Ethikkommission begründet: xx Diskussion Schutz und Selbstbestimmung Teilnehmenden: xx</p>		<p>lebenden Personen die Teilnahme an der Studie zu ermöglichen die Stichprobe repräsentativ zu halten. Sie konnten nicht die gewünschte Stichprobengrösse erreichen, was dazu führte, dass die Signifikanz nach 3 und 6 M. nicht nachgewiesen werden konnte. Dennoch konnten vielversprechende Tendenzen erkannt werden, welche zuvor in anderen Studien nicht erreicht werden konnten. Die Stichprobe bestand ausschliesslich aus dem Anglo-europäischen Raum, was Verallgemeinerungen und Adaption der Resultate auf Minderheiten erschweren können.</p> <p>Die Kontrollgruppe erhielt Treatment as usual (TAU) was nachweislich weniger effektive Unterschiede zeigt als eine Placebo oder eine aktive alternative Intervention. Die Outcomes wurden nur durch die Eltern ermittelt, was zu einem potentiellen Bias führen kann. Jedoch konnte dies nicht umgangen werden, da es keine passenden Assessmentinstrumente für Kinder in diesem Alter gibt.</p> <p>Schlussfolgerungen, Anwendung und Verwertung in der Berufspraxis: Sind die Schlussfolgerungen /Implikationen/Empfehlungen sinnvoll: Die Schlussfolgerungen und Implikationen für die Praxis wirken nachvollziehbar und sinnvoll. Spiegelt Schlussfolgerungen Ergebnisse: werden gespiegelt. Evidenzlevel der Studie: 6</p>
---	---	--	---

Güte und Evidenzlevel der Studie (nach den quantitativen Gütekriterien von Bartholomeyczik et al. (2008), Döring und Bortz (2016), Gray und Grove (2021) und Polit und Beck (2021))

<p>Objektivität</p>	<ul style="list-style-type: none"> - zeigt an, wie unabhängig die Ergebnisse einer Studie von anderen Einflüssen (sind). - steht für die intersubjektive Überprüfbarkeit einer Forschungsarbeit und hängt vom Forschungsdesign, dem Standardisierungsgrad der Erhebungsmethoden und, falls vorhanden, der Intervention, der wissenschaftlichen Güte der Messinstrumente (und der Kontrolle von Störvariablen ab
<p>Transferability (Übertragbarkeit)</p>	<p>Die Forschenden geben im Anhang an, dass sie keine Interessenskonflikte haben. Deshalb scheint die Objektivität gegeben zu sein. Es ist jedoch recht wenig zur Theorieentwicklung und zu den Gedanken der Forschenden in der Studie selbst beschrieben..</p> <ul style="list-style-type: none"> - zeigt an, inwieweit die Studie bei Wiederholung durch andere Forschende reproduzierbar ist und bei stabilen Bedingungen die gleichen Ergebnisse herauskommen. - misst die Genauigkeit und Zuverlässigkeit der Informationen, die man in einer Studie durch die verwendeten Mess- und Assessmentinstrumente bekommt. Es geht um das Ausmass, zu dem Messungen korrekt, d.h. ohne Fehler und daher bei unveränderten Bedingungen konsistent sind. Dies wird überprüft durch Untersuchen der Test-Retest Reliabilität, Interraterreliabilität, Intraraterreliabilität, Paralleltestreliabilität oder / und interne Konsistenz <p>Die Studie ist so beschrieben, dass sie auch auf andere Settings übertragbar wäre. Die verwendeten Messinstrumente CPSS und der PedsQL sind reliabel und valide. Bei dem dritten Messinstrument (CASH) werden dazu leider keine Angaben gemacht, weshalb dieses Gütekriterium nur mit teilweise erreicht wird.</p>
<p>Dependability (Zuverlässigkeit)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - meint die Korrektheit der wissenschaftlichen Aussagen, die aus einer quantitativen Studie abgeleitet werden, d.h. die Korrektheit der Schlussfolgerungen, die aus einer Studie gezogen werden. Dafür gibt es für die Beurteilung der Güte einer Studie als Ganzes vier Unterthemen zu überprüfen: <ul style="list-style-type: none"> o Konstruktvalidität der Studie: o Interne Validität der Studie: o Externe Validität der Studie - Validität bezeichnet ausserdem das Ausmass, indem ein Messinstrument das misst, was es messen soll. Dies wird überprüft durch Untersuchen der Augenscheinvalidität (Face Validity), Inhaltsvalidität, Kriteriumsvalidität und / oder Konstruktvalidität des Messinstruments. <p>Die interne und externe Validität in der Studie scheint gegeben zu sein. Die Schlussfolgerungen sind gut aus den Studienergebnissen abzuleiten. Es steht in der Studie leider nichts, dass die Validität der Ergebnisse überprüft wurde. Einzig die Messinstrumente wurden überprüft</p>

Studie von Marsac et al. (2013)

LF	Studie	Forschungsschritt	Leitfragen Zusammenfassung	Leitfragen kritische Würdigung
1	Introduction	Problembeschreibung Bezugsrahmen/Verortung des Themas, Forschungsfrage/-ziel (Hypothese)	<p>a. Um welches Thema/Problem handelt es sich? Die Studie behandelt das Coping von Kindern nach einer Verletzung und es wird untersucht, inwiefern ein Zusammenhang zwischen den Coping-Mechanismen der Kinder und der zusätzlichen Unterstützung der Eltern besteht.</p> <p>b. Was ist die Forschungsfrage/Hypothese oder das Ziel?? Es sind mehrere genannt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welche Copingstrategien nutzen Kinder nach einer Verletzung? • Wird das Copingverhalten der Kinder durch die Unterstützung der Eltern mit zusätzlichen Copingstrategien beeinflusst? • Können Copingstrategien der Kinder mit posttraumatischen Belastungssymptomen assoziiert werden? • Haben Copingstrategien der Eltern Einfluss auf spätere posttraumatische Belastungssymptome der Kinder? <p>c. Mit welchen Argumenten wurde die Forschungsfrage begründet? Keine Studien zuvor haben die Verbindung der elterlichen Copingstrategien und deren Einfluss auf das Kind behandelt. Es gibt wenig Studien zum Thema Coping nach einer Verletzung bei Kindern.</p>	<p>a. Ist die Forschungsfrage/Hypothese/das Ziel klar definiert? Die Forschungsfragen wurden detailliert formuliert,</p> <p>b. Wird das Thema/das Problem mit vorhandener empirischer Literatur gestützt? ja</p>
2	Methods	Design	<p>a. Was soll untersucht werden? (Unterschied/Zusammenhang) Es sollen zum einen die Copingstrategien der Kinder untersucht werden (also auf welche sie bei einem Trauma zurückgreifen). Ausserdem soll der Zusammenhang zwischen dem Einfluss der Eltern und deren Copingstrategien auf die Strategien des Kindes untersucht werden. Dies meint z.B. inwiefern die Eltern ihre Kinder unterstützen mit Ablenken, Comfort geben und Routinen wieder aufbauen)</p> <p>b. Wie oft wird gemessen/befragt (gibt es eine Messwiederholung)? Es wurde bei den Kindern zwei Mal gemessen, einmal 2 Wochen nach dem Unfall und nochmals, drei Monate nach dem Unfall. Die Eltern wurden nur einmal beim ersten Mal befragt gemeinsam im ersten Messzeitpunkt der Kinder.</p>	<p>a. Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten methodischen Vorgehen nachvollziehbar? Ja</p>

3		Stichprobe	<p>a. Für welchen Personenkreis soll eine Aussage gemacht werden (Population) Kinder zwischen 8 und 17 Jahren nach einem Unfall.</p> <p>b. Wie wurden die Stichproben definiert?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kinder zwischen 8 und 17 Jahren, aus einem grossen Trauma-Center • Physische Verletzung aus den letzten vier Wochen aufweisen • Nur Kinder, welche genügend englisch schreiben oder mind. verstehen konnten • Kinder welche die physische Verletzung durch Missbrauch erlitten hatten, wurden ausgeschlossen <p>c. Wie viele Stichproben wurden definiert? Eine Stichprobe: 82 Kinder, und je ein Elternteil.</p>	<p>a. Ist die Population in Bezug auf die Fragestellung sinnvoll gewählt? Ja.</p> <p>b. Ist die Stichprobe in Bezug auf die Fragestellung und das methodische Vorgehen geeignet? Ja.</p> <p>c. Ist die Stichprobe repräsentativ in Bezug auf die Population? Ja.</p> <p>d. Wie wurden die Stichproben gezogen? Ja.</p> <p>e. Erscheint die Stichprobengrösse angemessen? Ja.</p> <p>f. Wenn Vergleichsgruppen: Wie wurden diese erstellt? Keine Vergleichsgruppen</p> <p>g. Wurden Dropouts (Teilnehmende, welche aus der laufenden Untersuchung ausscheiden) angegeben und begründet? Es wurden 11 Dropouts aufgrund fehlender Daten gelistet.</p> <p>h. Beeinflussen die Dropouts die Ergebnisse? Nein.</p>
4		Datenerhebung	<p>a. Welche Art von Daten wurde erhoben? (physiologische Messungen)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beobachtung • Schriftliche Befragung/Fragebogen/Selbsteinschätzung • Interview <p>b. Wenn nur eine Stichprobe: Wie oft wurden Messungen durchgeführt? 2x</p>	<p>a. Ist die Datenerhebung in Bezug auf die Fragestellung nachvollziehbar? Ja.</p> <p>b. Sind die Methoden der Datenerhebung bei allen Teilnehmenden gleich? Ja.</p> <p>c. Wurden die Daten von allen Teilnehmenden komplett/vollständig erhoben? Nein, es gab Missings bei 11 Teilnehmenden. Diese wurden als Dropouts gewertet</p>
LF	Studie	Forschungsschritt	Leitfragen Zusammenfassung	Leitfragen kritische Würdigung
5	Methods	Messverfahren & Messinstrumente (Variablen)	<p>a. Welche Variablen wurden zur Beantwortung der Fragestellung definiert? Alterskategorie, Geschlecht, Rasse, Präsenz/Absenz von pt Belastungssymptomen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sozialer Rückzug • Ablenkung • Problemlösungskompetenz • Emotionale Regulation • Wunschdenken • Kognitive Neustrukturierung • Selbstkritik • Beschuldigen • Soziale Unterstützung • Resignation 	<p>a. Sind die Variablen sinnvoll und umfassend in Bezug auf die Fragestellung gewählt? Ja.</p> <p>b. Fehlen relevante Variablen? Nein.</p> <p>c. Sind die Messinstrumente in Bezug auf die Fragestellung/Variablen geeignet? Ja.</p> <p>d. Sind die Messinstrumente zuverlässig (reliabel und valide)? Ja.</p> <p>e. Wird die Auswahl der Messinstrumente nachvollziehbar begründet?</p>

			<p>b. Welche Instrumente wurden zur Datenerhebung benutzt? Es wurde ein standardisiertes Messinstrument (KidCope) verwendet, welche die Kinder entweder s/s ausfüllen konnten oder gemeinsam mit den Eltern. Dabei werden 15 Fragen mit ja oder nein beantwortet, verteilt auf 3 Gruppen (aktive, vermeidende und negative Copingstrategien)</p> <p>c. Welche Intervention wird getestet? Es soll ersichtlich werden, welche Copingstrategien die Kinder selbst mitbringen und inwiefern sie durch ihr Elternteil unterstützt werden.</p>	<p>Durch den einfachen Aufbau des Tests ist der dieser KidCope auch für Kinder im Schulalter einfach verständlich und u.U. selbst ausfüllbar</p> <p>f. Sind mögliche Einflüsse/Verzerrungen auf die Intervention beschrieben? Nein.</p>
6		Datenanalyse	<p>a. Welches Skalenniveau weisen die erhobenen Variablen auf?</p> <p>b. Welche statistischen Verfahren wurden zur Datenanalyse genutzt? Chi-Squared-Test, t-test</p> <p>c. Wurde ein Signifikanzniveau festgelegt (5% meist implizit, 1% oder 10% sollten begründet werden) Signifikanzniveau: 0.05</p>	<p>a. Werden die gewählten Analyseverfahren klar beschrieben? Eher wenig beschrieben und deshalb wenig nachvollziehbar.</p> <p>b. Wurden die Verfahren in Bezug auf die Fragestellung sinnvoll angewendet? Ja.</p> <p>c. Entsprechen die statistischen Analyseverfahren den Skalenniveaus? Wurden Voraussetzungen zur Verwendung bestimmter statistischer Analyseverfahren überprüft? Ja.</p>
7	Results	Ergebnisse	<p>a. Welche Ergebnisse werden präsentiert?</p> <ul style="list-style-type: none"> Das Hauptergebnis der ersten Fragestellung war, dass Kinder nach einem traumatischen Erlebnis eine grosse Bandbreite an Copingstrategien gebrauchen. Am häufigsten wurde die Strategie des Wunschdenkens genannt, aber auch soziale Unterstützung, Ablenkung, Kognitive Neustrukturierung und anderen die Schuld geben. Alle Eltern gaben ausserdem an, das Kind in seinen Copingstrategien zu unterstützen; z.B. mit Rückkehr zu Routinen oder Ablenkung. Bei der zweiten Fragestellung wurde ersichtlich, dass die Kinder mehr sozialen Support annehmen, wenn die Eltern sie im emotionalen Prozess unterstützen. Bei der dritten Fragestellung zeigte sich, dass später auftretende psych. Stresssymptome häufig in Zusammenhang mit vorangehenden verdrängenden oder negativen Copingstrategien in Zusammenhang gebracht werden konnte. Der vierten Fragestellung konnte keine statistische Relevanz nachgewiesen werden. <p>b. Welches sind die zentralen Ergebnisse der Untersuchung? Siehe oben</p>	<p>a. Werden die Ergebnisse präzise dargestellt? die Ergebnisse werden sehr detailliert und nachvollziehbar dargestellt. Alle Fragestellungen konnten beantwortet werden</p> <p>b. Sind die Ergebnisse nachvollziehbar und übersichtlich dargestellt? Ja</p>

8	Diskussion	Diskussion	<p>a. Werden die wichtigsten Ergebnisse erklärt? Wie interpretieren die Forschenden die Ergebnisse? Werden die Ergebnisse mit ähnlichen Studien verglichen? <i>Die ergebnisse werden erklärt und diskutiert. Es werden auch andere Studien referenziert und auf weitere Vergleiche hingewiesen.</i></p> <p>b. Kann die Forschungsfrage auf Grund der Daten beantwortet werden? <i>Ja.</i></p> <p>c. Welche Limitationen werden angegeben?</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Es wurden nur Kinder mit einer Verletzung angeschaut, Kinder mit einem anderen akuten Trauma, haben u.U. einen anderen Genesungspfad.</i> • <i>Es wird auf eine höhere männliche Probandengrösse ingewiesen mit weiblichen Erziehungsberechtigten, welche an der Studie teilnahmen.</i> • <i>Sie haben keine langzeitige Rekonvaleszenz behandelt der Verletzungen; es kann sein, dass die Dauer der Heilung der Verletzungen, sich auf die Copingstrategien auswirkt.</i> • <i>Das Coping wurde nur in einem kurzen Fragebogen erfasst. Darin wurde nicht genau erfasst, wann und wie dass die Kinder die Strategien anwenden.</i> • <i>Sozialer Rückzug in seiner Messung mit den Assessment von PTSS überlappen kann und deshalb eher ein Resultat des Assessments sein kann anstatt ein echtes Resultat.</i> • <i>Man konnte zu wenig genau eruieren, wie dass die Elternteile den Kindern helfen, was schlussendlich einschränkte, dies genauer zu untersuchen, in bezug auf die Coping Hilfe der Eltern und des Copings des Kindes.</i> 	<p>a. Werden alle Resultate diskutiert? <i>Ja.</i></p> <p>b. Stimmt die Interpretation mit den Resultaten überein? <i>Ja.</i></p> <p>c. Ist die Interpretation der Ergebnisse nachvollziehbar? <i>Ja.</i></p> <p>d. Werden die Resultate in Bezug zur Fragestellung/Zielsetzung/Hypothese und anderen Studien diskutiert und verglichen? <i>Ja.</i></p> <p>e. Wird nach alternativen Erklärungen gesucht? <i>Ja.</i></p>
9		Übertrag auf die eigene Profession	<p>a. Welche Implikationen haben die Ergebnisse in Bezug auf meine Profession/für meinen beruflichen Alltag?</p>	<p>a. Ist die Studie sinnvoll?</p> <p>b. Werden Stärken und Schwächen aufgewogen?</p> <p>c. Wäre es möglich die Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen?</p>

Studie von Alisic et al. (2014)

Hilfstabelle Zusammenfassung der Studie

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Phänomen/ Problemstellung: Unfälle sind die Haupttodesursache bei Kindern von 5-19 Jahren und führen jährlich zu zahlreichen Hospitalisationen, welche mit potentiellen Einschränkungen verbunden sind. Diese wiederum können Stressreaktionen oder posttraumatischen Belastungssymptome herbeiführen.</p> <p>Begründet mit Literatur: Die Forschenden nennen zahlreiche Literaturverweise über die gesamte Studie hinweg und verweisen auf bereits bestehende oder nicht bestehende Forschung, wo der Mehrwert ihrer Studie zum Tragen kommt.</p> <p>Argumente zum Forschungsbedarf: Kinder sind eine vulnerable Gruppe für posttraumatische Belastungsstörungen und ca. 20% der Kinder nach einem Unfall weisen nach dem Spitalaufenthalt mind. ein posttraumatisches Belastungssymptom auf. Des Weiteren sind Pflegefachkräfte der Notfallstationen und die Ärzteschaft wichtige Personen, wenn es um Verhinderung von späteren posttraumatischen Belastungssymptomen angeht. Durch die stete Betreuung durch insbesondere die Notfallpflege haben sie den grössten</p>	<p>Design Welches Design: qualitatives Forschungsdesign Begründung der Wahl: sie möchten die einzelnen Sichtweisen möglichst breit erforschen um zum einen ein detailliertes Bild zu den in der Studie beschriebenen Forschungslücken zu erhalten wie auch weitere Themen herauszukristallisieren, welche für die Forschung relevant sein könnten.</p> <p>Methodologische Reflexion philosophischer Hintergrund des Forschungsdesigns: die Forschenden sehen eine Diskussion zur der Wahl des qualitativen Vorgehens: keine erwähnt, einmalig jedoch wurden bei der Analyse die entsprechenden Resultate bei den Interviews im Team besprochen und es wurde analysiert inwiefern die einzelnen Resultate/Themen gruppiert werden konnten, Massnahmen zur Reflexivität der Forschenden: keine erwähnt</p> <p>Stichprobe Population: Personal des Royal Children's Hospital in Melbourne vom July-Oktober 2012 Bestimmung der Stichprobe (Ein-/Ausschlusskriterien & Begründung, Samplingstrategien): es wurden 10 Pflegefachkräfte und 10 Ärztinnen und Ärzte mit unterschiedlichen Erfahrungslevel Rekrutierung der Teilnehmenden: potentielle Teilnehmer wurde vorselektioniert und schliesslich via Zufallsgenerator eingeladen an der Studie teilzunehmen Verschiedene Studiengruppen (Randomisierung): Ärzteschaft und Pflege wurden schliesslich durchmischert und allen wurden die gleichen Fragen gestellt. Die Fachkräfte wurden nur zur gleichmässigen Selektion zu Beginn in Gruppen in Bezug auf ihren Erfahrungswert eingeteilt</p> <p>Datenerhebung Art/Vorgehensweise der Datenerhebung: Teilnehmer wurden individuell via Mail zum Interview eingeladen mit den Fragen, zu denen sie sich im Vorfeld Gedanken machen sollten. Im Anschluss wurden die Interviews durch einen trainierten externen Interviewer mit der Hilfe eines Interviewguides durchgeführt. Diese Interviews wurden in einem ruhigen Raum abgehalten auf dem Spitalareal und dauerten ca. 30min. Interviewtyp: narrativ Häufigkeit/Zeitraum der Erhebung: einmaliges Interview Ev. Anpassungen im Studienverlauf: keine beschrieben Verarbeitung der Daten: die Interviews wurden aufgenommen und im Anschluss Verbatim transkribiert. Jedes Interview wurde zum Schluss in seiner Essenz mit 25 Sätzen zusammengefasst, um den Überblick zu gewährleisten.</p>	<p>Ergebnisse: es wurden 5 Hauptergebnisse präsentiert und genauer beschrieben.</p> <ol style="list-style-type: none"> Das Personal empfindet aufkommende psychologische Themen als wichtig, fokussiert sich jedoch auf die physischen Probleme Das Personal ist sich bewusst über die individuellen Unterschiede bzgl. ob ein Kind ein Trauma entwickelt, haben jedoch unterschiedliche Ansichten was die Vulnerabilität der Kinder betrifft. Eltern nehmen eine zentrale Rolle ein. Das Personal nutzt eine hohe Bandbreite an Interventionen um das psychische Leiden der Kinder klein zu halten, diese beruhen jedoch auf Erfahrung und keinem Training Das Personal hat unterschiedliche Bedürfnisse bzgl. wie mit dem Personal umgegangen wird und wie sie selbst schwierige Situationen meistern. <p>Präsentation der Ergebnisse: die Ergebnisse sind sehr strukturiert und ausführlich dargestellt.</p>	<p>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse: Beurteilung der Forschenden (Problemstellung, Phänomen, Beantwortung Fragestellung, Bezug zu Literatur): Es wurden vorgängig keine Hypothesen festgelegt, das Forschungsziel konnte jedoch erreicht werden. Auch wenn noch weitere Forschung nötig ist, um das Phänomen noch weiter zu erforschen. Sie haben einen detaillierten Einblick darin bekommen, was sie sehen wollten. Sie schreiben, dass bisher keine Studie bekannt war, welche das Thema behandelt hätte. Es gab bereits Forschung zum Thema Kinder und Traumata nach Unfällen, jedoch nicht spezifisch auf das Personal der Notfallstation bezogen und wie sie die Kinder unterstützen.</p> <p>Limits: es handelte sich bei dem ausgesuchten Notfall um einen hochspezialisierten Kindernotfall, in dem das Personal speziell geschult ist auf Kinder. Dies führt dazu, dass die Ergebnisse wahrscheinlich im engeren Sinne nicht auf Erwachsene übertragen werden können und sie nicht direkt auf einen «gemischten» Notfall übertragen werden können. Ebenso können andere Notfallstationen eine höhere Erfahrung mit akuten Todesfällen vorweisen, da Kinder zum Glück eher selten versterben. Ebenso braucht es noch weitere Forschung um die Ergebnisse generalisiert anwenden zu können und auch um die Sicht des Personals auf den Einfluss der kulturellen Hintergründe der Patient:innen zu erfassen.</p>

<p>Einflussbereich auf die Kinder und ihre psychische Verfassung</p> <p>Forschungsfrage/Hypothese/Ziel: Das Ziel der Studie ist es herauszufinden, was Sichtweise des Personals einer Notfallstation in Bezug auf die psychische Betreuung der Kinder nach einem Unfall ist.</p>	<p>Datenanalyse Strategien/Vorgehensweisen: aus den Transkripten konnten 164 Themen herausgearbeitet werden, diese wurden gruppiert und im Team besprochen, bis ein Konsens gefunden werden konnte. Das Teammeeting wurde moderiert, sodass allen den gleichen Sprechanteil zufiel. Stellungnahme zur Qualität der Datenanalyse: keine ersichtlich Dokumentation analytischer Entscheide: das Teammeeting wurde moderiert, aber nicht weiter festgehalten. Die Resultate und weiteren Schritte wurden in regelmässigen Abständen dem Personal der Notfallstation gebrieft.</p> <p>Ethik Ethische Fragen (+ev. Massnahmen): Es bestand kein Interessenskonflikt oder ethische Konflikte Genehmigung Ethikkommission: Die Studie wurde durch eine Ethikkommission genehmigt.</p>		<p>Schlussfolgerungen, Anwendung und Verwertung in der Berufspraxis: Schlussfolgerungen: Die individuellen Unterschiede des Personals fordern mehr Training in der psychologischen Betreuung bei Kindern und ihren Familien nach einem Trauma. Ebenso braucht es noch weitere Forschung im Bereich der pädiatrischen Traumaforschung auf Notprfallstationen, dass Kinder und ihre Familien bestmöglich durch das Personal betreut werden kann. Diese Studie hebt ausserdem hervor, dass ein eine Supportgruppe mit Peers die individuellen Copingstrategien des Personals stärken können. Implikation Praxis, Theorien, zukünftige Forschung: siehe oben</p>
---	---	--	---

Hilfstabelle Würdigung der Studie

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Beantwortung Frage Berufspraxis/BA: Die Studie beantwortet die Frage der BA teilweise. Sie fokussiert sich insbesondere auf die pflegerische Sichtweise ans Problem und die Zeichen, welche die Pflegenden für Handlungsbedarf einstufen. Ausserdem nennen sie einzelne Interventionen, die sie bei Kindern anwenden, welche das Leiden möglichst gering machen sollen.</p> <p>Phänomen/Problem klar beschrieben/relevant: Es macht das Verstehen teilweise schwierig, da die Forschenden nicht spezifische Hypothesen festgelegt und nur mit einem Ziel gearbeitet haben. Dies lässt viel Raum offen, was genau erforscht werden möchte und ob dies so erreicht werden konnte.</p> <p>Ziele explizit dargestellt: Das Forschungsziel ist klar beschrieben.</p> <p>Nachvollziehbare Einführung durch vorhandene Literatur (Menge, inhaltlich, Aktualität): Sie führen für die Länge der Einleitung sehr detailliert ins Thema ein und verwenden zum Forschungszeitpunkt aktuelle Literatur, welche die Argumentation untermauert.</p>	<p>Design Design logisch passend zum Ansatz/Ziel/Frage: das Design macht auf allen Ebenen Sinn, da sie möglichst offen an die Thematik herangegangen sind, die narrativen Interviews unterstützen die qualitative Herangehensweise da so auch noch weitere nicht bedachte Themen zur Sprache kommen können, welche ihr Forschungsziel noch erweitern und möglichst ausführlich beantworten lassen. Design passend zu Phänomen/Problemstellung: ja die qualitative Herangehensweise unterstützt die Teilnehmenden möglichst offen vom Problem zu berichten.</p> <p>Methodologische Reflexion Darstellung philosophischer Hintergrund des Forschungsdesigns: Die Forschenden sehen einen Handlungsbedarf in der geschilderten Problematik, dass niemand die Pflegefachpersonen fragt, inwiefern sie die psychische Betreuung der Kinder angehen. Ebenso wird hergeleitet, welchen Mehrwert die Forschung hat, da man besser verstehen soll, welche Strategien unter den Health Care Professionals bereits angewendet werden und wie bewusst diese umgesetzt werden. Ebenso kann dann der Trainingsbedarf eruiert werden, welcher schliesslich wieder den Kindern zugute kommt. Kongruenz Ontologie-Epistemologie-Methodologie: Kongruent Methodologischer Ansatz logisch bzgl. Frage/Ziel: ja, wird nach der Problemherleitung und Nennung der Fragestellung aufgeführt Massnahmen zur Reflexivität der Forschenden werden bestätigt: keine erwähnt</p> <p>Stichprobe Bestimmung der Stichprobe angebracht bzgl. Design: ja, die Bestimmung der Stichprobengrösse ist angebracht. Sie haben sich auf eine gute durchmischung des Personals aus den verschiedenen Erfahrungsstufen geachtet und anhand dieser Listen schliesslich einzelne anonymisierte Personen anhand Nummern gepickt. Es wurden 10 Ärzte und 10 Pflegefachpersonen auf unterschiedlichen Erfahrungsniveaus selektioniert, welche dann an der Studie teilnahmen. Dies wirkt nachvollziehbar, da sie so eine kontrollierte Anzahl haben und von jeder Profession sicher je die gleiche Anzahl vorhanden ist. Stichprobe repräsentativ: eher nicht. Aufgrund der kleinen Anzahl befragter Teilnehmer ist dies eher schwierig. Ausserdem wurden diese nur von einer einzigen Notfallstation befragt, was ein eher einseitiges Bild angibt. Stichprobengrösse angemessen: Die Stichprobengrösse ist eher klein und umfasst nur das Personal einer einzigen Notfallstation. Jedoch sind die Resultate sehr breit ausgefallen, was für die methodische Vorgehensweise mit den narrativen Interviews spricht. Setting/Teilnehmende beschrieben/angemessen: sehr genau beschrieben, wirken angemessen Bezug Teilnehmende zu Phänomen/Problemstellung: Sie sehen das Problem der Kinder, welche nicht angemessene psychologische Betreuung</p>	<p>Ergebnisse konsistent zum Studiendesign: es konnten zahlreiche Ergebnisse ausgearbeitet werden und dies ist dem qualitativen Vorgehen geschuldet.</p> <p>Präzise Analyse aufgrund Ergebnisse: Die Ergebnisse geben sich aus einer sehr detaillierten und ausführlichen Analyse, was an der Menge und Sättigung der Resultate zu erkennen ist.</p> <p>Reichhaltigkeit der Daten: die Resultate spiegeln die Reichhaltigkeit der Daten wider.</p> <p>Kontext der Ergebnisse: Die Ergebnisse machen im Kontext Sinn und sind präzise beschrieben.</p> <p>Konzepte und Kategorien mit Zitaten etc. bestätigt: ja, die Forschenden haben im Resultatteil viele Zitate aus den Interviews miteinfließen lassen, was dem Leser Inhalt und Kontext bzgl. der Interviews vermittelt.</p> <p>Beleuchten des ganzen Problems/Phänomens durch Kategorien: Die gemachten Kategorien ergeben durchaus Sinn und sind stimmig mit den präsentierten Resultaten. Sie beziehen sich auf das Forschungsziel und nehmen Bezug zur vorherig beschriebenen Problemstellung.</p>	<p>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse: Kann die Forschungsfrage mit den Ergebnissen beantwortet werden? Es wurde keine Forschungsfrage formuliert, auf das Ziel wird Bezug genommen. Bezug Ergebnisse zu Literatur und zu Problem sinnvoll und diskutiert: Die Forschenden geben Einblick in eine grosse Bandbreite an Literatur, welche zum Thema bearbeitet wurde und gehen auf einzelne Resultate vertieft ein. Ergebnisse vertieft/interpretiert: ja. Diskussion hilfreich bei Verstehen des Problems: Die Diskussion nimmt gibt noch einen vertieften Einblick in die Überlegungen der Forschenden und hilft, das Problem weiter zu verstehen. . Ergebnisse Praxisrelevant: Die Ergebnisse sind praxisrelevant, da sie ein aktuelles Thema behandeln, welches wenig erforscht ist und welches die Lebensqualität vieler Kinder deutlich verbessern könnte.</p> <p>Schlussfolgerungen, Anwendung und Verwertung in der Berufspraxis: Sind die Schlussfolgerungen /Implikationen/Empfehlungen sinnvoll: ja. Spiegelt Schlussfolgerungen Ergebnisse: ja. Evidenzlevel der Studie: Nach der 6 S Pyramide (Dicenso et al., 2009) befindet sich die Studie auf dem untersten Evidenzlevel.</p>

<p>Theoretischer Bezugsrahmen angemessen: Kein theoretischer Bezugsrahmen erwähnt</p> <p>Rechtfertigung Forschungsbedarfs: Sie nennen, dass bis zu ihrem jetzigen Wissensstand noch keine solche Studie gemacht wurde.</p>	<p>hätten. Sie beschreiben jedoch unterschiedliche Ansichten, was die Vulnerabilität der einzelnen Kinder angeht. Die Teilnehmer beschreiben weitreichende Möglichkeiten, auf was die Problemstellung zurückzuführen ist und in welchen Bereichen sie täglich gefordert sind. Dies gibt ein breites Bild ab, wie die Kinder betreut werden und was noch ausgebaut wird, da die Pflegenden die Problematik sehr genau benennen können.</p> <p>Datenerhebung Ziel der Datenerhebung Beschreiben/Interpretieren vertiefter Erkenntnisse: Es geht mehrheitlich darum einen vertieften Einblick in die obig bereits mehrfach beschriebene Thematik zu erhalten. Sie möchten herausfinden, was die Teilnehmer bereits anwenden, wo noch Bedarf herrscht von aussen und welchen Bedarf die Teilnehmenden selbst haben. Vorgehensweise/Anpassungen klar beschrieben/nachvollziehbar: Das Vorgehen wird genau beschrieben, Änderungen wurden keine benannt. Diskussion der Datensättigung (Hinblick auf z.B. Theorieentwicklung): es wird erwähnt, dass die Teilnehmenden einen sehr detaillierten Einblick in ihre Arbeit gewährten und durch die Antworten 164 einzelne Themen herausgearbeitet werden konnten, welche wiederum in die 5 Hauptresultate gruppiert wurden. Dies zeugt von einer hohen Datendichte und dies spiegelt sich in den genauen Ausführungen der Resultate wider.</p> <p>Datenanalyse Strategien/Vorgehensweisen nachvollziehbar beschrieben: ja. Referenzierung zur Analysemethode: nein, keine benannt Beschreib analytischer Schritte: die einzelnen Schritte werden in einem kurzen Abschnitt genauer beschrieben. Die Ausführungen wirken vollständig und angemessen. Glaubwürdigkeit/Präzisierung der Datenanalyse: ja. Intersubjektive Nachvollziehbarkeit sichergestellt: dies wird jedoch nicht erwähnt.</p> <p>Ethik Diskussion aller ethischen Fragen und Massnahmen: aufgrund dessen, dass erwachsene Personen die Teilnehmergruppe darstellte, entstand wenig ethischer Konflikt. Die Teilnehmenden unterschrieben zuvor ein Dokument mit ihrem informierten Einverständnis. Nichteinbezug Ethikkommission begründet: Ethikkommission wurde miteinbezogen. Diskussion Schutz und Selbstbestimmung Teilnehmenden: nicht diskutiert, keine Schadensmöglichkeiten ersichtlich.</p>	<p>Kategorien logisch: die Kategorien sind logisch und unterscheidbar und die Beziehungen zwischen den Kategorien sind klar ersichtlich.</p> <p>Stimmiges ganzes? ja.</p>	
--	---	---	--

Güte und Evidenzlevel der Studie (nach den qualitativen Gütekriterien von Lincoln und Guba (1985)):

<p>Credibility (Glaubwürdigkeit)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>ausgedehntes Engagement (prolonged engagement)</i> • <i>anhaltende Beobachtungen (persistent observation)</i>, • <i>Triangulation</i> <p>Die Forschenden beschreiben einen regelmässigen Austausch mit dem Personal der Notfallstation. Diese wurden in regelmässigen Zeitabständen über die Resultate informiert. Es scheint ein gegenseitiges Vertrauensverhältnis und eine Transparente Kommunikation zu bestehen.</p> <p>Die Resultate wurden in der Analyse im Forschungsteam bei einer moderierten Besprechung zusätzlich besprochen und in Kategorien eingeteilt. Es wurde darauf geachtet, dass alle im Forschungsteam zu Wort kommen, und dies zeugt von einer vertieften Auseinandersetzung mit dem Thema. Die Resultate wirken ausserdem überlegt und durchdacht.</p> <p>Es handelt sich bei dieser Studie um eine qualitative Studie welche mit narrativen Interviews durchgeführt wurde. Dies war die einzige Vorgehensweise bei der Datenerhebung. Allerdings waren die Forschenden Teil eines Teams, welche sich gegenseitig absprachen und moderierte Besprechungen abhielten.</p>
<p>Transferability (Übertragbarkeit)</p>	<p>wird erreicht, indem die Ergebnisse durch detaillierte, dichte Beschreibungen und Diskussionen nachvollziehbar präsentiert werden durch</p> <p>Es wurden plausible Zitate verwendet.</p>
<p>Dependability (Zuverlässigkeit)</p>	<p>kann folgendermassen gefördert werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wenn die Mitglieder des Forschungsteams die Datenerhebung und Datenanalyse regelmässig und zeitnah bezüglich Gemeinsamkeiten und Unterschieden sowie Entscheidungen im Forschungsvorgehen reflektieren. • durch ein <i>Zuverlässigkeits-Audit</i> (vergleichbar mit einer Art „Rechnungsprüfung“). Dazu werden <ul style="list-style-type: none"> ○ der Forschungsprozess (Entscheide im Forschungsvorgehen, Kontrolle der Gefahr voreiliger Ergebnisse und Schlussfolgerungen, unangemessener Anpassungen an Erfordernisse im Forschungsfeld) wie auch ○ die Forschungsprodukte (Daten, Ergebnisse auf Basis aller Daten und aller Aspekte, die in den Daten angesprochen wurden, Interpretationen, Empfehlungen) von einem Gremium überprüft und so die interne Kohärenz des Projekts von der Planung der Studie bis zu den Schlussfolgerungen aufgrund der Ergebnisse bestätigt <p>Kein Forschungsgremium zur Überprüfung erwähnt.</p>
<p>Confirmability (Nachvollziehbarkeit)</p>	<p>Wird erreicht durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ein <i>Nachvollziehbarkeits-Audit</i>. Untersucht wird z.B. ob Instrumente wie Interviewleitfäden oder Beobachtungsraster zielführend zur Erreichung der Forschungsziele sind, Analysetechniken angemessen angewendet werden, der Prozess der Kategorienbildung nachvollziehbar ist, Negativbeispiele berücksichtigt werden, die <p>Ergebnisse in den Daten begründet sowie klar und aussagekräftig sind und nachvollziehbare Schlussfolgerungen</p> <p>Es wurde ein Interviewleitfaden verwendet. Die Analysetechniken wurden sinnvoll angewandt und entsprechen dem sonstigen Forschungsvorgehen. Die Schlussfolgerungen sind klar und angemessen beschrieben.</p>

Studie von Marsac et al. (2018)

Hilfstabelle Zusammenfassung der Studie

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Phänomen/ Problemstellung: Nach unvorhersehbaren Verletzungen leiden Kinder unter physischen und psychischen Schwierigkeit. Dies auch oft noch Monate nach dem eigentlichen Geschehen.</p> <p>Begründet mit Literatur: Zur Begründung der Problemstellung werden verschiedene Studien angeführt, die sich mit dem Thema psychische Herausforderungen nach Unfällen und Verletzungen bei Kindern auseinandergesetzt haben</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen: Im theoretischen Bezugsrahmen wird insbesondere hervorgehoben, dass die Kinder oft auch mit psychischen Problemen wie PTSS (posttraumatischen Stresssymptomen) nach dem Unfall zu kämpfen haben. Betreuungspersonen haben die Aufgabe, zu erkennen, wie ein Kind mit der Situation zurechtkommt und sollen dann konkrete Strategien zur Hand haben, die ihnen helfen, die Kinder bestmöglich zu unterstützen.</p> <p>Argumente zum Forschungsbedarf: Wenn konkrete Strategien bereitgestellt werden, kann die</p>	<p>Design Welches Design: 3 unabhängige Pilotstudien in 3 Kinderspitälern in den USA Begründung der Wahl: Keine Begründung vorhanden</p> <p>Methodologische Reflexion philosophischer Hintergrund des Forschungsdesigns: wurde nicht beschrieben Diskussion zur der Wahl des qualitativen Vorgehens: wurde nicht beschrieben Massnahmen zur Reflexivität der Forschenden: wurde nicht beschrieben</p> <p>Stichprobe Population: 1. Pilotstudie: Kinder von 7 bis 13 Jahren, Unfall im letzten Monat 2. Pilotstudie: zusätzlich zu 1: Behandlung aufgrund Brandverletzung 3. Pilotstudie: zusätzlich zu 1: bis zu 4 Wochen nach einem leichten bis mittelschweren Schädelhirntrauma Bestimmung der Stichprobe Einschlusskriterien: Beherrschen der englischen Sprache, Alter von 7 bis 13 Jahren, Unfall im letzten Monat. Keine Ausschlusskriterien aufgeführt. Rekrutierung der Teilnehmenden: Kinder und Bezugspersonen wurden während des Spitalaufenthaltes von Forschungsassistenten angesprochen. Verschiedene Studiengruppen (Randomisierung): Es fand keine Randomisierung statt, da es keine Kontrollgruppen gab</p> <p>Datenerhebung Art/Vorgehensweise der Datenerhebung: Die Eltern der Kinder haben zuerst einen Fragebogen mit demografischen Daten ausgefüllt. Die Kinder füllten eine Selbsteinschätzung zu Lebensqualität und PTSS aus. Die Intervention (Cellie Coping Kit) wurde erklärt. Nach vier Wochen wurde telefonisch eine Nachbefragung mit den Eltern und den Kindern durchgeführt. Interviewtyp: semistrukturiert Häufigkeit/Zeitraum der Erhebung: Zweimal Ev. Anpassungen im Studienverlauf: Keine bekannt Verarbeitung der Daten: Es ist nur bekannt, dass die Daten durch Kategorisieren zusammengefasst wurden</p> <p>Datenanalyse Strategien/Vorgehensweisen: Es wurde keine konkrete Vorgehensweise bzw. Strategie beschrieben Stellungnahme zur Qualität der Datenanalyse: Keine Stellungnahme im Methodenteil Dokumentation analytischer Entscheide: wurde nicht beschrieben</p>	<p>Ergebnisse: Es haben n = 61 Kinder an der Studie teilgenommen. Beim Follow-up haben nur noch n = 22 teilgenommen. Das Durchschnittsalter der Kinder betrug 9.6 Jahre. Die häufigsten Verletzungsursachen waren Freizeittaktivitäten (13), Stürze (13), Verbrennungen durch Feuer (9), Unfälle mit Kraftfahrzeugen (8), Sport (6) und Heisswasserverbrennungen (6). Benutzt wurden die Kits insbesondere zum Trost, Spass, zur Informationsgewinnung, zum Erlernen von neuen Bewältigungstechniken oder um medizinische Eingriffe zu bewältigen. Die meisten Familien fanden die Anwendung der Kits einfach, es war ansprechend gestaltet, zuverlässig und unterhaltsam. Die Tipps waren hilfreich und >85% würden die Interventionen anderen Familien weiterempfehlen. Gründe warum das Kit nicht benutzt wurde waren unter anderem ein voller Terminkalender, zu lange Texte auf den Karten. Die Lebensqualität sowie auch die PTSS Symptom haben sich vom T1 zu T2 zwar verbessert, die Werte sind aber nicht statistisch signifikant.</p> <p>Präsentation der Ergebnisse: Die Ergebnisse wurden im Fliesteil präsentiert mithilfe von</p>	<p>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse: Beurteilung der Forschenden (Problemstellung, Phänomen, Beantwortung Fragestellung, Bezug zu Literatur): Der einfache Einsatz der Intervention ist auf jeden Fall eine Stärke. Die Ergebnisse deuten daraufhin, dass das Cellie Coping Kit eine vielversprechende Intervention ist, die auch in Zukunft eingesetzt werden sollte. Eine Herausforderung beim Implementieren der Intervention in die Praxis könnte sein, dass sich Eltern der Kinder, die zum ersten Mal und nur aufgrund eines akuten Ereignisses ins Spital müssen, nicht bewusst sind, dass ein Interventionsbedarf besteht. Es gab Unterschiede in den einzelnen Pilotstudien, die jedoch mit den Krankheitsbildern der Kinder begründet werden konnten. Kritisch sieht die Forschungsgruppe zudem die statistische Aussagekraft aufgrund der geringen Stichprobengröße.</p> <p>Schlussfolgerungen, Anwendung und Verwertung in der Berufspraxis: Schlussfolgerungen: Es wurde mit dieser Studie eine kostengünstige Intervention geschaffen, die einfach von Kindern mit Verletzungen und deren Eltern angewendet werden kann</p> <p>Implikation Praxis, Theorien, zukünftige Forschung: In zukünftiger Forschung könnte mehr einen Fokus auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes aufgrund von Bewältigungsstrategien gelegt werden. Die Ergebnisse sind vielversprechend bezüglich der effektiven Wirksamkeit der Intervention,</p>

<p>Gesundheit und Erholung des Kindes bestmöglich unterstützt werden. Es wurden bereits verschiedene Tools in Studien getestet um den Kindern den Umgang mit de Geschehnissen zu erleichtern. Diese sind jedoch oft recht aufwendig und nicht gut übertragbar, deshalb wollten die Forschenden das Cellie Coping Kit für Kinder mit Krebs auf Kinder mit Verletzungen anpassen.</p> <p>Forschungsfrage/Hypothese/Ziel: Definierte Ziele: 1. Die Durchführbarkeit und Akzeptanz der Intervention zu bewerten. 2. Erste Lernergebnisse berichten 3. Auswirkung der Intervention auf die angestrebten Ergebnisse in Bezug auf Lebensqualität und PTBS zu untersuchen</p>	<p>Ethik Ethische Fragen (+ev. Massnahmen): Keine Beschreibung im Methodenteil Genehmigung Ethikkommission: Keine Ethikkommission erwähnt, nur dass die Studie von den jeweiligen Review Boards der Institutionen genehmigt wurden</p>	<p>Zitaten und Zahlen. Zudem wurden zwei Tabellen eingefügt, die verschiedene Variablen zur Akzeptanz und Durchführbarkeit der Intervention beinhaltete.</p>	<p>jedoch sind noch weitere Untersuchungen erforderlich.</p>
--	---	--	--

Hilfstabelle Würdigung der Studie

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Beantwortung Frage Berufspraxis/BA: Eine wichtige Frage der Bachelorarbeit beantwortet die Studie. Und zwar, ob es möglich ist, kostengünstige, einfache Interventionen in den Praxisalltag einzubinden, die Kindern nach Verletzungen helfen, diese zu bewältigen.</p> <p>Phänomen/Problem klar beschrieben/relevant: Das Phänomen wird in der Einleitung ausführlich beschrieben. Es werden genaue Prävalenzzahlen zu den Problemen genannt, die Kinder im Genesungsprozess nach einem Unfall/Verletzung haben</p> <p>Ziele explizit dargestellt: Es werden explizit drei Ziele der Studie aufgeführt.</p> <p>Nachvollziehbare Einführung durch vorhandene Literatur (Menge, inhaltlich, Aktualität):</p> <p>Es werden verschiedene Studien zitiert. Zum Teil sind das Studien, die von den selben Autor:innen durchgeführt wurden, aber auch andere. Es wird hauptsächlich aktuelle Literatur aus den letzten zehn Jahren zitiert</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen angemessen Der theoretische Bezugsrahmen scheint für diese Art von Studie angemessen zu</p>	<p>Design Design logisch passend zum Ansatz/Ziel/Frage: Das Design ist logisch, jedoch nicht ganz nachvollziehbar. Denn es wird keine Auswahl an Designs, die die Forschenden zu Verfügung hatten aufgezählt Design passend zu Phänomen/Problemstellung: Hier gilt dasselbe wie oben erwähnt. Es scheint passend zu sein.</p> <p>Methodologische Reflexion Darstellung philosophischer Hintergrund des Forschungsdesigns: nicht beurteilbar Kongruenz Ontologie-Epistemologie-Methodologie: nicht beurteilbar Methodologischer Ansatz logisch bzgl. Frage/Ziel: nicht beurteilbar Massnahmen zur Reflexivität der Forschenden werden bestätigt: nicht beurteilbar</p> <p>Stichprobe Bestimmung der Stichprobe angebracht bzgl. Design: Die Studie wurde mit den Teilnehmenden durchgeführt die Vorhanden waren. Die Bestimmung der Stichprobe ist für eine Pilotstudie angemessen. Stichprobe repräsentativ: Schwierig zu beurteilen, aufgrund der kleinen Grösse. Zur verbesserten Repräsentation hätte auf jeden Fall beigetragen, wenn Teilnehmende aus anderen Spitälern/Kliniken miteinbezogen worden wären. Stichprobengrösse angemessen: Eher gering, aber für den Umfang einer Pilotstudie ok. Setting/Teilnehmende beschrieben/angemessen: Das Setting wurden nur kurz beschrieben, es ist nicht ganz klar, wann genau das Cellie Coping Kit wirklich angewandt wurde. Es scheint aber so, dass es meistens zuhause, mithilfe eines Elternteils angewendet wurde. Die Teilnehmenden wurden angemessen beschrieben. Bezug Teilnehmende zu Phänomen/Problemstellung: Der Bezug wird klar hergestellt und ist nachvollziehbar.</p> <p>Datenerhebung Ziel der Datenerhebung Beschreiben/Interpretieren vertiefter Erkenntnisse: Das Ziel der Datenerhebung war, herauszufinden, ob die Intervention einfach durchzuführen ist und ob sie einen Effekt hat. Dieses Ziel konnte mit dieser Art der Datenerhebung erreicht werden. Wobei es schon recht stark davon abhängig ist, wie die Eltern und Kinder sich selber wahrnehmen. Vorgehensweise/Anpassungen klar beschrieben/nachvollziehbar: xEs wurden keine Anpassungen beschrieben, deshalb ist anzunehmen, dass auch keine vorgenommen wurden. Diskussion der Datensättigung (Hinblick auf z.B. Theorieentwicklung): Wurde nicht diskutiert, ist aber auch kein Thema Die Datensättigung ist bei einer ganz neu entwickelten Intervention nicht vorhanden.</p>	<p>Ergebnisse konsistent zum Studiendesign: Ja die Ergebnisse sind konsistent.</p> <p>Präzise Analyse aufgrund Ergebnisse: Es wurde eine Analyse vorgenommen</p> <p>Reichhaltigkeit der Daten: Eher geringe Reichhaltigkeit</p> <p>Kontext der Ergebnisse: Sind verankert, erscheinen präzise in der Bedeutung</p> <p>Konzepte und Kategorien mit Zitaten etc. bestätigt: Es werden einige Zitate angeführt. Zur Bestätigung der gezogenen Schlussfolgerung hätten es aber auch mehr sein können.</p> <p>Beleuchten des ganzen Problems/Phänomens durch Kategorien: Durch die Tabelle werden die Kategorien klar</p> <p>Kategorien logisch: Ja.</p> <p>Insgesamt ergeben die Ergebnisse ein stimmiges Ganzes. Was auf den ersten Blick nicht nachvollziehbar ist wird im Diskussionsteil erklärt.</p>	<p>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse: Kann die Forschungsfrage mit den Ergebnissen beantwortet werden? Die Ziele 1 und 2, die in der Einleitung beschrieben werden können als erreicht angesehen werden. Zum Erreichen des dritten Zieles müsste noch mehr geforscht werden, da die Ergebnisse in diesem Bereich nicht signifikant sind Bezug Ergebnisse zu Literatur und zu Problem sinnvoll und diskutiert: Die Ergebnisse werden mit Bezug zu Literatur diskutiert und schienen auch im Bezug auf die Problemstellung sinnvoll zu sein. Ergebnisse vertieft/interpretiert: Die Ergebnisse werden interpretiert, insbesondere die Unterschiede zwischen den Pilotstudien Diskussion hilfreich bei Verstehen des Problems: Ja Ergebnisse Praxisrelevant: Die Ergebnisse sind praxisrelevant, insbesondere da es sich um eine einfach umsetzbare Intervention handelt.</p> <p>Schlussfolgerungen, Anwendung und Verwertung in der Berufspraxis: Sind die Schlussfolgerungen /Implikationen/Empfehlungen sinnvoll: Ja die Schlussfolgerungen passen zur Studie und die Empfehlungen scheinen sinnvoll Spiegelt Schlussfolgerungen Ergebnisse: Ja Evidenzlevel der Studie: Nach der 6 S Pyramide (Dicenso et al., 2009) befindet sich die Studie auf dem untersten Evidenzlevel.</p>

<p>sein, da es sich nur um drei kleinere Pilotstudien handelt</p> <p>Rechtfertigung Forschungsbedarfs: xx Der Forschungsbedarf ist dadurch gerechtfertigt, da die Intervention zum ersten Mal getestet worden ist und zuvor noch nie in diesem Rahmen existiert hat.</p>	<p>Datenanalyse</p> <p>Strategien/Vorgehensweisen nachvollziehbar beschrieben: nicht beschrieben, deshalb nicht beurteilbar</p> <p>Referenzierung zur Analysemethode: nicht beschrieben, deshalb nicht beurteilbar</p> <p>Beschreib analytischer Schritte: nicht beschrieben, deshalb nicht beurteilbar</p> <p>Glaubwürdigkeit/Präzisierung der Datenanalyse: nicht beschrieben, deshalb nicht beurteilbar</p> <p>Intersubjektive Nachvollziehbarkeit sichergestellt: nicht beschrieben, deshalb nicht beurteilbar</p> <hr/> <p>Ethik</p> <p>Diskussion aller ethischen Fragen und Massnahmen: nicht genauer beschrieben</p> <p>Nichteinbezug Ethikkommission begründet: wurde nicht begründet. Da es sich aber nur um eine Pilotstudie handelt scheint der Einbezug einer Ethikkommission auch nicht notwendig zu sein.</p> <p>Diskussion Schutz und Selbstbestimmung Teilnehmenden: Wurde nicht diskutiert</p>		
---	--	--	--

Güte und Evidenzlevel der Studie (nach den qualitativen Gütekriterien von Lincoln und Guba (1985)):

<p>Credibility (Glaubwürdigkeit)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>ausgedehntes Engagement (prolonged engagement)</i> • <i>anhaltende Beobachtungen (persistent observation)</i> • <i>Triangulation</i> <p>Es wurden in der Studie keine Angaben zur gemacht, wie lange sich die Forschenden Zeit genommen haben um die Kinder kennenzulernen. Es scheint kein ausgedehntes Engagement vorhanden gewesen zu sein. Es wurden jeweils beide, ein Kind und ein Elternteil von den Forschenden interviewt um beide Seiten zu beleuchten.</p>
<p>Transferability (Übertragbarkeit)</p>	<p>wird erreicht, indem die Ergebnisse durch detaillierte, dichte Beschreibungen und Diskussionen nachvollziehbar präsentiert werden</p> <p>Im Ergebnisteil wurden die Ergebnisse mit passenden Zitaten von den Studienteilnehmenden bekräftigt. Es ist nachvollziehbar, ie die Intervention angewendet wurde. Die Ergebnisse werden detailliert in einer Tabelle zusammengefasst.</p>
<p>Dependability (Zuverlässigkeit)</p>	<p>kann folgendermassen gefördert werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wenn die Mitglieder des Forschungsteams die Datenerhebung und Datenanalyse regelmässig und zeitnah bezüglich Gemeinsamkeiten und Unterschieden sowie Entscheidungen im Forschungsvorgehen reflektieren. • durch ein <i>Zuverlässigkeits-Audit</i> (vergleichbar mit einer Art „Rechnungsprüfung“). Dazu werden <ul style="list-style-type: none"> o der Forschungsprozess (Entscheide im Forschungsvorgehen, Kontrolle der Gefahr voreiliger Ergebnisse und Schlussfolgerungen, unangemessener Anpassungen an Erfordernisse im Forschungsfeld) wie auch o die Forschungsprodukte (Daten, Ergebnisse auf Basis aller Daten und aller Aspekte, die in den Daten angesprochen wurden, Interpretationen, Empfehlungen) von einem Gremium überprüft und so die interne Kohärenz des Projekts von der Planung der Studie bis zu den Schlussfolgerungen aufgrund der Ergebnisse bestätigt <p>In der gesamten Studie wird nichts gesagt darüber, wie die Forschenden mit Hypothesen, Gewissenskonflikten, voreiligen Schlussfolgerungen u.ä. umgegangen sind. Es fehlt leider auch den Einbezug einer Ethikkommission.</p>
<p>Confirmability (Nachvollziehbarkeit)</p>	<p><i>Nachvollziehbarkeits-Audit.</i> Untersucht wird z.B. ob Instrumente wie Interviewleitfäden oder Beobachtungsraster zielführend zur Erreichung der Forschungszielesind, Analysetechniken angemessen angewendet werden, der Prozess der Kategorienbildung nachvollziehbar ist, Negativbeispiele berücksichtigt werden, die Ergebnisse in den Daten begründet sowie klar und aussagekräftig sind und nachvollziehbare Schlussfolgerungen</p> <p>Zu den Analysetechniken wird in der Studie wenig bis nichts gesagt. Es ist unklar, wie in den halbstrukturierten Interviews vorgegangen worden ist. Die Ergebnisse aus diesen Interviews sind jedoch gut begründet und werden auch eingehend diskutiert.</p>

Studie Weiss et al. (2019)

Hilfstabelle Zusammenfassung der Studie

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Phänomen/ Problemstellung: Es liegt ein Zusammenhang zwischen der verminderten Lebensqualität und posttraumatischen Stresssymptomen nach einem Unfall bzw. Verletzungen vor. Bereits vorhandene Literatur deutet daraufhin, dass in der Genesung in Hinblick auf die Lebensqualität Hoffnung auch eine mögliche Rolle spielen könnte</p> <p>Begründet mit Literatur: Es werden in der Einleitung verschiedene Studien angeführt, die den Zusammenhang zwischen einer verringerten Lebensqualität und PTSS nach einem Unfall bei Kindern und Jugendlichen nachgewiesen haben.</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen: Verschiedene PTSS Symptome, wie z.B. das Wiedererleben von Ereignissen, Vermeiden von Situationen, Isolation, erhöhte Schreckhaftigkeit und Schlafprobleme werden beschrieben, die Kinder nach einem Unfall erleben können. Es wird sich zudem auf die Hoffnungstheorie bezogen, die Energie konzentriert, auf welchen Wegen und mit welchen</p>	<p>Design Welches Design: Quantitative Umfragen in drei verschiedenen Kinderspitälern in den USA zu PTSS, Hoffnung und Lebensqualität. Begründung der Wahl: Die Wahl wurde nicht begründet</p> <p>Methodologische Reflexion philosophischer Hintergrund des Forschungsdesigns: wurde nicht beschrieben Diskussion zur der Wahl des qualitativen Vorgehens: wurde nicht beschrieben Massnahmen zur Reflexivität der Forschenden: wurde nicht beschrieben</p> <p>Stichprobe Population: Kinder von 7 bis 13 Jahren Bestimmung der Stichprobe 1. Stichprobe: Kinder von 7 bis 13 Jahren, Unfall im letzten Monat 2. Stichprobe: zusätzlich zu 1: Behandlung aufgrund eines leichten bis mittelschweren Schädelhirntraumas (SHT) dessen Symptome zwischen 5 Wochen und 6 Monaten anhielten. Ausschlusskriterium: schweres SHT. 3. Stichprobe: zusätzlich zu 1: Hospitalisierung aufgrund einer Verbrennungsverletzung Rekrutierung der Teilnehmenden: Es wurden insgesamt 82 Kinder bzw. ein Elternteil angefragt, ob sie bei der Studie teilnehmen wollen. Insgesamt wurden dann 60 Teilnehmende rekrutiert. Ermittelt wurden die Teilnehmenden mithilfe der elektronischen Krankenakte Verschiedene Studiengruppen (Randomisierung): Es gab nur eine Studiengruppe.</p> <p>Datenerhebung Art/Vorgehensweise der Datenerhebung: Es wurden drei verschiedene Instrumente zur Selbsteinschätzung benutzt. Um herauszufinden ob die Kinder unter PTSS leiden sollten sich die Kinder mit einem Fragebogen zur Child PTSD Symptom Scale (CPSS) selbst einschätzen. Die Hoffnung wurde mit dem Adolescent Scale of Hope (CASH) gemessen. Zudem wurde die Lebensqualität der Kinder erfasst. Dazu wurde das Messinstrument PedsQL (Pediatric Quality of Life Inventory) verwendet. Definierte Variablen: Es wurden die Variablen PTSS, Hoffnung und Lebensqualität definiert. Messinstrumente zum Messen der Variablen: Zum Messen der Variablen wurden die Instrumente CPSS, CASH und PedsQL verwendet Angaben zu Reliabilität/Validität der Messinstrumente: Der CPSS gilt als konsistent, reliabel und valide. Zum CASH wurden keine Angaben zur Reliabilität/Validität gemacht. Der PedsQL hatte sich durch seine gute Reliabilität und Validität ausgezeichnet.</p>	<p>Ergebnisse: 21 (35%) Kinder hatten eine Kopfverletzung, 17 (28.3%) eine Verbrennung und 22 (36.7) andere orthopädische Verletzungen. Im Mittelwert waren die Kinder 9.7 Jahre alt.</p> <p>Es lässt sich signifikant feststellen, dass die Kinder, die unter PTSS leiden, eine geringere Lebensqualität haben.</p> <p>In Bezug auf die Hoffnung konnte keinen direkten Einfluss auf die Lebensqualität festgestellt werden.</p> <p>Die folgenden Symptome von Übererregung haben einen signifikanten Einfluss auf die geringere Lebensqualität: «sich reizbar fühlen», «Wutanfälle haben», «Konzentrations-schwierigkeiten haben» Die folgenden Symptome des Wiedererlebens haben einen signifikanten Einfluss auf die geringere Lebensqualität: «Alpträume/schlechte Träume», «das Verhalten oder das Gefühl, dass das Ereignis wieder passiert», «beunruhigende Gefühle, wenn man an 2019 das Ereignis denk/davon hört». Die folgenden Symptome der Vermeidung haben einen signifikanten Einfluss auf die geringere Lebensqualität: «der Versuch, nicht an die Verletzung zu</p>	<p>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse: Beurteilung der Forschenden (Problemstellung, Phänomen, Beantwortung Fragestellung, Bezug zu Literatur): Die Forschenden stellen fest, dass zwei ihrer zu Beginn gestellten Hypothesen: 1&3 sich bewahrheitet haben, während sei die 2. wieder verwerfen müssen. Sie heben die Rolle der Pflegenden im Genesungsprozess und Verarbeitung des Geschehenen besonders hervor. Denn um möglichst frühzeitig zu reagieren und einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität des Kindes zu bekommen, muss die PTSS möglichst frühzeitig erkannt werden. Es wird weiter Literatur angeführt, die zeigt, wie Pflegende Symptome minimieren kann, indem sie traumainformierte Ansätze in ihre Pflege miteinbezieht. Zudem kann die Pflege in einer edukative Rolle mit den Eltern der verletzten Kindern interagieren. Die Wichtigkeit des Wissens der Pflegenden wird unterstrichen. Besonders die drei Symptomcluster sollten dabei beachtet werden. Es wird empfohlen, das Menschen, die in der Pflege oft mit Kindern in Kontakt kommen, die eine Verletzung oder einen Unfall hinter sich haben, Weiterbildungen zu diesem Thema besuchen. Zudem sollte routinemässig ein PTSS Screening durchführen um zu identifizieren, welche Kinder Hilfe von psychosozialen Diensten benötigen könnten. Es werden zudem Limits erwähnt, wie z.B. die relativ kleine Stichproben-</p>

<p>Handlungsfähigkeiten ein Ziel erreicht werden kann.</p> <p>Argumente zum Forschungsbedarf: Andere Studien haben sich auf eine andere Altersgruppe von Kindern oder Jugendlichen konzentriert. Zudem wollen die Forschenden sich bei dieser Studie mehr auf spezifische Symptome der PTSS konzentrieren die die Lebensqualität vermindern, anstatt nur das gesamte Konzept der PTSS zu beleuchten.</p> <p>Forschungsfrage/Hypothese/Ziel: Das übergeordnete Ziel dieser Studie ist es, Pflegende über die Symptome der PTSS zu informieren, wie sie frühe Warnzeichen erkennen können, die die funktionelle Erholung bei den Kinder beeinträchtigen könnte.</p> <p>Hypothesen: 1. Eine höhere PTSS wirkt sich negativ auf die Lebensqualität aus. 2. Ein höheres Mass an Hoffnung trägt zu einer besseren Lebensqualität bei. 3. Bei einem höheren Level der Symptome Wiedererleben, Vermeidung und Erregung wird eine geringe Lebensqualität erwartet.</p>	<p>Umgang mit Missings: es wurden keine Angaben dazu gemacht Häufigkeit/Zeitraum der Erhebung: Dazu wurden in der Studie keine Angaben gemacht</p> <p>Datenanalyse Skalenniveau der Variablen: Die Variablen befinden sich auf dem nominalen Skalenniveau Statistische Verfahren zur Datenanalyse: Es werden keine statistischen Verfahren beschrieben Signifikanzniveau: Das Signifikanzniveau wurde bei 0.05 festgelegt</p> <p>Ethik Ethische Fragen (+ev. Massnahmen): Es wurden keine ethischen Fragen in der Studie diskutiert Genehmigung Ethikkommission: Wurde nicht erwähnt bzw. ist nicht vorhanden</p>	<p>denken/zu reden/Gefühle zu haben», «weniger Interesse an Dingen, die vor der Verletzung getan wurden», «nicht in der Lage zu sein, starke Gefühle zu haben»</p> <p>Präsentation der Ergebnisse: Die Ergebnisse wurden im Fliesstext präsentiert mithilfe von Zahlen und Signifikantsangaben. Zudem wurde in zwei Tabellen die Ergebnisse differenziert dargestellt.</p>	<p>grösse, die Orte, an denen die Untersuchungen durchgeführt wurden etc. aufgeführt.</p> <p>Schlussfolgerungen, Anwendung und Verwertung in der Berufspraxis: Schlussfolgerungen: Die Studie zeigt, dass die emotionale (PTSS) Ebene und die funktionelle Lebensqualität) Ebene bei der Genesung eines Kindes nach einem Unfall stark miteinander verknüpft sind.</p> <p>Implikation Praxis, Theorien, zukünftige Forschung: Bezüglich dem Zusammenhang Hoffnung und Genesung nach einem Unfall sollte auf jeden Fall noch mehr geforscht werden. Zudem sind auf jeden Fall noch weitere Studien nötig, um diese Ergebnisse zu bestätigen. Wichtig ist auf jeden Fall mitzunehmen, dass Pflegende Hauptansprech- und Bezugspersonen für Kinder und ihre Eltern nach einem Unfall sind.</p>
---	--	---	--

Hilfstabelle Würdigung der Studie

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Beantwortung Frage Berufspraxis/BA: Die Studie beantwortet Fragen bezüglich der Rolle der Pflege in der Pflege von Kindern nach einem Unfall. Zudem zeigt es den wichtigen Zusammenhang zwischen der Lebensqualität und den PTSS auf.</p> <p>Phänomen/Problem klar beschrieben/relevant: Das Phänomen wird in der Einleitung ausführlich beschrieben und treffend eingeführt</p> <p>Ziele explizit dargestellt: Es wird ein übergeordnetes Ziel eingeführt. Zudem werden zur Erreichung dieses Ziels drei Hypothesen formuliert.</p> <p>Nachvollziehbare Einführung durch vorhandene Literatur (Menge, inhaltlich, Aktualität): Die Literatur ist mehrheitlich sehr aktuell, von verschiedenen Autorengruppen. Argumente werden mit Literatur begründet</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen angemessen: Es wird ein ausreichend umfassenderer Bezugsrahmen geschaffen.</p> <p>Rechtfertigung Forschungsbedarfs: Der Forschungsbedarf scheint gerechtfertigt, da es im Themenbereich Hoffnung und Lebensqualität und PTSS bei</p>	<p>Design Design logisch passend zum Ansatz/Ziel/Frage: Ja der Ansatz passt. Eventuell wäre auch ein qualitatives Forschungsdesign angemessen gewesen, da es wirklich noch wenig Forschung gibt. Design passend zu Phänomen/Problemstellung: Ja. Eventuell wäre auch ein qualitatives Forschungsdesign angemessen gewesen, da es wirklich noch wenig Forschung gibt.</p> <p>Methodologische Reflexion Darstellung philosophischer Hintergrund des Forschungsdesigns: nicht beurteilbar Kongruenz Ontologie-Epistemologie-Methodologie: nicht beurteilbar Methodologischer Ansatz logisch bzgl. Frage/Ziel: nicht beurteilbar Massnahmen zur Reflexivität der Forschenden werden bestätigt: nicht beurteilbar</p> <p>Stichprobe Bestimmung der Stichprobe angebracht bzgl. Design: Die Bestimmung ist angebracht. Stichprobe repräsentativ: Eher klein, aber laut den Berechnungen sollten signifikante Aussagen möglich sein. Stichprobengröße angemessen: Eher klein. Wahrscheinlich wurden nicht mehr Teilnehmende gefunden. Es ist aber recht unklar, wie über welchen Zeitraum die Teilnehmenden rekrutiert wurden. Setting/Teilnehmende beschrieben/angemessen: Die Teilnehmenden sind genügend beschrieben. Das Setting ist klar. Es ist unklar, wie die Teilnehmende die Selbsteinschätzungen vorgenommen haben (auf Papier, online etc.) Bezug Teilnehmende zu Phänomen/Problemstellung: Der Bezug zum Phänomen ist klar. Alle der Teilnehmenden haben Verletzungen infolge eines Unfalls o.ä.</p> <p>Datenerhebung Ziel der Datenerhebung Beschreiben/Interpretieren vertiefter Erkenntnisse: Das Ziel der Datenerhebung ist klar Vorgehensweise/Anpassungen klar beschrieben/nachvollziehbar: Es wurden keine Anpassungen beschrieben, deshalb wahrscheinlich auch keine vorgenommen. Die Vorgehensweise ist klar. Diskussion der Datensättigung (Hinblick auf z.B. Theorieentwicklung): Es ist nichts von einer Diskussion zur Datensättigung beschrieben.</p> <p>Datenanalyse Strategien/Vorgehensweisen nachvollziehbar beschrieben: Nein das Vorgehen, bzw. die Strategien sind nicht klar, da nicht ausreichend beschrieben. Referenzierung zur Analysemethode: Es wurde keine Analysemethode beschrieben. Beschreib analytischer Schritte: Die analytischen Schritte sind nicht bekannt.</p>	<p>Präzise, vollständige und verständliche Ergebnisse: Die Ergebnisse werden präzise analysiert, Es werden Angaben zu Signifikanzwerten gemacht. Die Daten, die Abgefragt wurden, werden auch präsentiert.</p> <p>Tabellen und Grafiken sinnvoll eingesetzt, präzise: Die Tabellen, die eingesetzt wurden, sind präzise. Im Fliesstext wird Bezug genommen auf die Grafiken.</p> <p>Stimmiges Ganzes? Die Darstellung ergibt ein stimmiges, glaubwürdiges Ganzes.</p>	<p>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse: Kann die Forschungsfrage mit den Ergebnissen beantwortet werden? Die gestellten Hypothesen können entweder bestätigt oder werden. Das Ziel der Studie scheint erreicht zu sein. Bezug Ergebnisse zu Literatur und zu Problem sinnvoll und diskutiert: Die Ergebnisse werden mit bereits vorhandener Literatur abgeglichen. Ergebnisse vertieft/interpretiert: Es geschieht eine vertiefte Auseinandersetzung mit den Ergebnissen. Es werden Erklärungen gesucht, weshalb z.B. die Hypothese 2 nicht bestätigt werden konnte. Diskussion hat einen Mehrwert: Die Diskussion ist sehr ausführlich und geht vertieft auf das Phänomen ein. Besonders die Wichtigkeit des Pflegepersonals wird hervorgehoben. Ergebnisse Praxisrelevant: Die Ergebnisse können in die Praxis implementiert werden. Es wird empfohlen, mehr nach dem traumainformierten Ansatz zu arbeiten, dass Pflegenden Weiterbildungen in diesem Bereich besuchen. Stärken/Schwächen/Limitationen angemessen diskutiert: Limitationen der Ergebnisse hätten noch ausführlicher besprochen werden können. Auf die Schwächen der Studie wurde hingewiesen. Die Stärken werden genügend beleuchtet.</p> <p>Schlussfolgerungen, Anwendung und Verwertung in der Berufspraxis: Sind die Schlussfolgerungen /Implikationen/Empfehlungen sinnvoll: Die Schlussfolgerungen und Empfehlungen stimmen mit den Ergebnissen überein. Spiegelt Schlussfolgerungen Ergebnisse: Ja, die Ergebnisse werden in den Schlussfolgerungen gespiegelt.</p>

<p>Kindern fast keine Forschung gibt.</p>	<p>Glaubwürdigkeit/Präzisierung der Datenanalyse: Die Datenanalyse ist glaubwürdig. Jedoch bleiben viele Fragen offen, da vieles einfach nicht beschrieben wird. Aufgrund der Resultate kann davon ausgegangen werden, dass präzise gearbeitet wurde.</p> <p>Intersubjektive Nachvollziehbarkeit sichergestellt: Dazu wurde in der Studie keine Angabe gemacht.</p>		<p>Evidenzlevel der Studie: x Nach der 6 S Pyramide (Dicenso et al., 2009) befindet sich die Studie auf dem untersten Evidenzlevel.</p>
	<p>Ethik</p> <p>Diskussion aller ethischen Fragen und Massnahmen: nicht genauer beschrieben</p> <p>Nichteinbezug Ethikkommission begründet: wurde nicht begründet.</p> <p>Diskussion Schutz und Selbstbestimmung Teilnehmenden: Wurde nicht diskutiert</p>		

Güte und Evidenzlevel der Studie (nach den quantitativen Gütekriterien von Bartholomeyczik et al. (2008), Döring und Bortz (2016), Gray und Grove (2021) und Polit und Beck (2021))

<p>Objektivität</p>	<ul style="list-style-type: none"> - zeigt an, wie unabhängig die Ergebnisse einer Studie von anderen Einflüssen sind. - steht für die intersubjektive Überprüfbarkeit einer Forschungsarbeit und hängt vom Forschungsdesign, dem Standardisierungsgrad der Erhebungsmethoden und, falls vorhanden, der Intervention, der wissenschaftlichen Güte der Messinstrumente und der Kontrolle von Störvariablen ab <p>Die Forschenden geben im Anhang an, dass sie keine Interessenskonflikte haben. Deshalb scheint die Objektivität gegeben zu sein. Es ist jedoch recht wenig zur Theorieentwicklung und zu den Gedanken der Forschenden in der Studie selbst beschrieben.</p>
<p>Transferability (Übertragbarkeit)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - zeigt an, inwieweit die Studie bei Wiederholung durch andere Forschende reproduzierbar ist und bei stabilen Bedingungen die gleichen Ergebnisse herauskommen. - misst die Genauigkeit und Zuverlässigkeit der Informationen, die man in einer Studie durch die verwendeten Mess- und Assessmentinstrumente bekommt. Es geht um das Ausmass, zu dem Messungen korrekt, d.h. ohne Fehler und daher bei unveränderten Bedingungen konsistent sind. Dies wird überprüft durch Untersuchen der Test-Retest Reliabilität, Interraterreliabilität, Intraraterreliabilität, Paralleltestreliabilität oder / und interne Konsistenz <p>Die Studie ist so beschrieben, dass sie auch auf andere Settings übertragbar wäre. Die verwendeten Messinstrumente CPSS und der PedsQL sind reliabel und valide. Bei dem dritten Messinstrument (CASH) werden dazu leider keine Angaben gemacht, weshalb dieses Gütekriterium nur mit teilweise erreicht wird.</p>
<p>Dependability (Zuverlässigkeit)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - meint die Korrektheit der wissenschaftlichen Aussagen, die aus einer quantitativen Studie abgeleitet werden, d.h. die Korrektheit der Schlussfolgerungen, die aus einer Studie gezogen werden. Dafür gibt es für die Beurteilung der Güte einer Studie als Ganzes vier Unterthemen zu überprüfen: <ul style="list-style-type: none"> o Konstruktvalidität der Studie o Interne Validität der Studie o Externe Validität der Studie o Statistische Validität der Studie - Validität bezeichnet ausserdem das Ausmass, indem ein Messinstrument das misst, was es messen soll. Dies wird überprüft durch Untersuchen der Augenscheinvalidität (Face Validity), Inhaltsvalidität, Kriteriumsvalidität und / oder Konstruktvalidität des Messinstruments. <p>Die interne und externe Validität in der Studie scheint gegeben zu sein. Die Schlussfolgerungen sind gut aus den Studienergebnissen abzuleiten. Es steht in der Studie leider nichts, dass die Validität der Ergebnisse überprüft wurde. Einzig die Messinstrumente wurden überprüft</p>

Review von Jones et al. (2018)

Zusammenfassung

Die erste Kategorie beinhaltet diese Schlüsselthemen:

Jugendspezifische Bedürfnisse: Die Jugendlichen gaben an, dass es ihnen wichtig war, als Individuum anerkannt werden, Peer-gruppe haben, Gefühl der Kontrolle und Miteinbezug in Entscheidungen zu haben

Bedürfnisse der Unterstützung bei emotionalen, sozialen und sozialen Problemen: Diese Bedürfnisse wurde oft nicht erkannt/befriedigt. Hier geht es um Gefühle der Frustration, Mobbing, Angst, Akzeptanz von Gleichaltrigen, Schuldgefühle der Eltern, Ungewissheit. Es wurden auch Möglichkeiten, diesen Bedürfnissen zu begegnen genannt. Diese beinhalten eine vertrauensvolle Beziehung zu medizinischem Fachpersonal und Familien die in der selben Situation sind, damit Kinder und Familie ihre Gefühle teilen können. Zudem wollten die Familien gerne in Entscheidungen miteinbezogen werden, wünschten sich eine bessere Vorbereitung auf die Entlassung und das "Danach".

Bedürfnis nach Hilfe bei physischen Problemen: diese Bedürfnisse wurden schneller erkannt, erfüllt und der Bedarf war auch nicht gleich hoch wie bei den psychischen Problemen. Regelmässige Nachsorgetermine stellten sich als hilfreich heraus.

Bedürfnis nach Hilfe mit praktischen Schwierigkeiten: Eltern benötigten oft Unterstützung von Freund:innen und Familie in organisatorischen Belangen. Sie hätten sich mehr Hilfe von Fachpersonal gewünscht.

Die zweite Kategorie beinhaltet die folgenden drei Schlüsselthemen:

Informationsbedarf: Die Eltern und Kinder wünschten sich, dass Informationen leichter zugänglich wären, sie wünschten sich, möglichst viele Infos zu bekommen, über Diagnose, Therapie und den Genesungsverlauf. Zudem war es hilfreich, wenn das Fachpersonal ausreichend informiert war.

Unterstützungsbedarf: In der Übergangsphase von Spital nach Hause fühlten sich viele Familien und Kinder ungenügend unterstützt, da die Fachpersonen in den Spitalern ungenügend kommuniziert haben. Oft wurden Überweisungen an nachbetreuende Stellen nicht vorgenommen.

Pädagogischer Unterstützungsbedarf: Die Eltern mussten sich selbst dafür einsetzen, dass die Kinder den angemessenen pädagogischen Unterstützungsbedarf bekamen. Der Übergang in die Schule war oft herausfordernd, Lehrpersonen waren meist ungenügend über die Situation bzw. das Krankheitsbild informiert

CASP Checklist: 10 questions to help you make sense of a **Systematic Review**

How to use this appraisal tool: Three broad issues need to be considered when appraising a systematic review study:

- ▶ Are the results of the study valid? (Section A)
- ▶ What are the results? (Section B)
- ▶ Will the results help locally? (Section C)

The 10 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically. The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is “yes”, it is worth proceeding with the remaining questions. There is some degree of overlap between the questions, you are asked to record a “yes”, “no” or “can’t tell” to most of the questions. A number of italicised prompts are given after each question. These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided.

About: These checklists were designed to be used as educational pedagogic tools, as part of a workshop setting, therefore we do not suggest a scoring system. The core CASP checklists (randomised controlled trial & systematic review) were based on JAMA 'Users' guides to the medical literature 1994 (adapted from Guyatt GH, Sackett DL, and Cook DJ), and piloted with health care practitioners.

For each new checklist, a group of experts were assembled to develop and pilot the checklist and the workshop format with which it would be used. Over the years overall adjustments have been made to the format, but a recent survey of checklist users reiterated that the basic format continues to be useful and appropriate.

Referencing: we recommend using the Harvard style citation, i.e.: *Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP (insert name of checklist i.e. Systematic Review) Checklist. [online] Available at: URL. Accessed: Date Accessed.*

©CASP this work is licensed under the Creative Commons Attribution – Non-Commercial-Share A like. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> www.casp-uk.net

Paper for appraisal and reference: **Jones, S., Davis, N., & Tyson, S. F. (2018).**

Section A: Are the results of the review valid?

1. Did the review address a clearly focused question?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: An issue can be 'focused' in terms of

- the population studied
- the intervention given
- the outcome considered

Comments: Im Review wurden zwei Hauptziele erwähnt, die die Forschenden mit diesem Review erreichen wollen: 1. Den aktuellen Forschungsstand bezüglich der Bedürfnisse von Kindern und ihren Familien untersuchen. 2. Methoden zur Messung der Bedürfnisse zu analysieren.

2. Did the authors look for the right type of papers?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: 'The best sort of studies' would

- address the review's question
- have an appropriate study design (usually RCTs for papers evaluating interventions)

Comments: Es wurde nach Studien mit jeglichem Design gesucht, d.h. es wurden quantitative und qualitative Studien eingeschlossen. Alle eingeschlossenen Studien waren explorativ aufgebaut und die meisten nutzten ein Querschnittsdesign. Die am meisten angewandte Methode war das face-to-face halbstrukturierte Interview.

Is it worth continuing?

3. Do you think all the important, relevant studies were included?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Look for

- which bibliographic databases were used
- follow up from reference lists
- personal contact with experts
- unpublished as well as published studies
- non-English language studies

Comments: Es wurde in vielen verschiedene Datenbanken gesucht: Medline, Embase, CINAHL und PsycINFO. Der Zeitraum der Suche betrug über 10 Jahre (07-15). Es wurden nachvollziehbare In- und Ausschlusskriterien definiert. Da in Datenbanken gesucht wurde, wurden nur bereits publizierte Studien berücksichtigt und es ist anzunehmen, dass nur englische Studien berücksichtigt wurden.

4. Did the review's authors do enough to assess quality of the included studies?

Yes

Can't Tell

No

HINT: The authors need to consider the rigour of the studies they have identified. Lack of rigour may affect the studies' results ("All that glisters is not gold" Merchant of Venice – Act II Scene 7)

Comments: Die Autor:innen haben keine kritische Würdigung der Studien vorgenommen, deshalb ist die Qualität nicht oder nur ungenügend beurteilbar. Im Methoden- und Ergebnis teil wird nicht genügend auf die Qualität der Studien eingegangen. Die Studien hatten z.B. sehr unterschiedlich grosse Stichprobengruppen, verschiedene Interventionen etc.

5. If the results of the review have been combined, was it reasonable to do so?

Yes

Can't Tell

No

HINT: Consider whether

- results were similar from study to study
- results of all the included studies are clearly displayed
- results of different studies are similar
- reasons for any variations in results are discussed

Comments: Zum einen wurden sie einzeln in einer Tabelle aufgeführt, zum anderen wurden die Resultate Bezug auf die Zielsetzung dieses Reviews zusammengefasst. Es wurden deshalb zwei grosse Kategorien zusammengefasst; die personenbezogenen Bedürfnisse und die dienstleistungsbezogenen Bedürfnisse.

Section B: What are the results?

6. What are the overall results of the review?

HINT: Consider

- if you are clear about the review's 'bottom line' results
- what these are (numerically if appropriate)
- how were the results expressed (NNT, odds ratio etc.)

Comments: Siehe Zusammenfassung Review

7. How precise are the results?

HINT: Look at the confidence intervals, if given

Comments: Die Resultate waren präzise dargestellt, angemessen zusammengefasst und miteinander verknüpft. Es wurden keine Konfidenzintervalle angegeben, aber da es sich um qualitative Studien handelte, war das auch nicht möglich.

Section C: Will the results help locally?

8. Can the results be applied to the local population?

Yes

Can't Tell

No

HINT: Consider whether

- the patients covered by the review could be sufficiently different to your population to cause concern
- your local setting is likely to differ much from that of the review

Comments: Die Studien wurden in den USA, Kanada, Australien und Grossbritannien durchgeführt. Deshalb muss man bei der Anwendung die Schweiz kulturelle und gesundheitspolitische Unterschiede beachten. Aber die Grundbedürfnisse nach einem Unfall sind oft ähnlich.

9. Were all important outcomes considered?

Yes

Can't Tell

No

HINT: Consider whether

- there is other information you would like to have seen

Comments: Die relevantesten Informationen aus den Studien für dieses Review wurden zusammengefasst.

10. Are the benefits worth the harms and costs?

Yes

Can't Tell

No

HINT: Consider

- even if this is not addressed by the review, what do you think?

Comments: Das Review zeigt viele Bereiche auf, wo noch Verbesserungspotential besteht, wenn es darum geht, Familien und Kinder nach einem Unfall zu unterstützen. In den meisten Bereichen sind die Bedürfnisse der Familien noch ungenügend gedeckt..