



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Kinder als Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation

Verfasserin

Jasmin Issa

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, August 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt: Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft

Betreuerin: Univ. Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer

Die Diplomarbeit setzt sich mit dem Thema *Kinder als Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation* auseinander.

Die Literatuarbeit verfolgt das Ziel, das Thema zu enttabuisieren und einen wissenschaftlich Beitrag zum Verständnis zu leisten, in welcher Situation sich Kinder als Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation befinden. Kinder zählen zu einer der vulnerabelsten Gruppen der Gesellschaft, daher weisen Kinder und deren Familien spezielle Bedürfnisse auf. Es kommt zur Auseinandersetzung mit der kindlichen Lebenswelt und zur Beantwortung der Hauptforschungsfragen;

„*Was kennzeichnet die spezielle Situation von Kindern als Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation?*“

„*Was kann seitens des Pflegepersonals gemacht werden, um Kinder optimal auf einer Erwachsenen-Intensivstation zu begleiten?*“; und weiteren relevanten Unterfragen.

Durch die Beantwortung der Forschungsfragen konnte festgestellt werden, die betreuende Intensivkrankenschwester muss ihren Schwerpunkt auf die Bezugsperson des Kindes legen; Weiters zeigt sich, dass zwingender Handlungsbedarf in der Pflegepraxis, sowie in der Pflegewissenschaft, besteht;

Das Konzept einer Leitlinie konnte entwickelt werden;

This dissertation deals with questions *regarding children as members of an adult*, who is a patient on intensive care unit. It is based on literature research.

The aim of this dissertation is to speak very open about this matter, to break any taboo in this relation., in order to give a scientifically contribution about the situation of children as members of an adult, who is a patient on an intensive care unit.

Children are one of the most vulnerable part of our society.

Children and their families have particular needs. It comes to explanation with the world of children and of their way of life, and so it comes to the answering of the main research questions; „*What is the special and typical situation of children as family members of an adult, who is a patient on an intensive care unit?*“

„*What can be done by the nursing staff in order to give best help to children of an intensive care unit?*“; and further subquestions.

It was possible, through the answering of the research questions, to find out, that the responsible intensive care nurse, should work together with the lovely person of the child;

There is a need to act urgently in the field of care and in the field of science and research;

A guide line has been conceived;

„ It was good to see Mum... that she was alive... “

(Knutsson, 2008, S.160)

Vorwort

Der Titel der Diplomarbeit *„Kinder als Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation“* verrät schon, dass ich mich, mit einer der vulnerabelsten Gruppen in der Gesellschaft und der Pflege beschäftige, ganz besonders deswegen möchte ich mein persönliches Interesse und Anliegen an dieser besonderen Thematik kurz darstellen. Mein Interesse an diesem Thema entstand aus meiner Erfahrung in der Praxis, als Intensivkrankenschwester. Kinder sind gegenwärtig aus den unterschiedlichsten Gründen auf vielen Erwachsenen-Intensivstationen als Besucher nicht erwünscht. Als ich vor 10 Jahren auf einer bauchchirurgischen Intensivstation zu arbeiten begonnen habe, wurde mir vermittelt, es sei nicht üblich, dass Kinder auf eine Erwachsenen-Intensivstation zu Besuch kommen. Und falls die Familie doch den Wunsch danach äußerte, gab es immer große Diskussionen, ob das Kind nicht doch zu jung sei und man mehr Schaden als Nutzen erzielen würde und man riet den Familien prinzipiell von einem Besuch mit Kind ab. Zu dieser Zeit schloss ich mich der Meinung derer an, die der Ansicht waren, man fügt den Kindern schweren Schaden zu und setzte dies ebenfalls in der Praxis um. Mein Interesse zu diesem Thema entwickelte sich nach einer Diskussion mit meiner Schwester, die ebenfalls den Beruf der Gesundheits- und Krankenschwester ausübt. Meine Schwester war 15 Jahre auf einer Onkologie tätig und sah diese Thematik ganz anders. Sie war der Meinung, dass es nachteilig ist, Kinder von ihrer schwer erkrankten Angehörigen fernzuhalten. Sie erzählte mir von einer jungen Mutter, eine Patientin auf ihrer damaligen Station, die Krebs im Endstadium hatte und ihr Sterben schon absehbar war. Die Familie wusste nicht, ob sie das Kind noch einmal in den letzten Tagen, zu seiner Mutter auf Besuch bringen sollten, und suchte Rat bei meiner Schwester. Es kam zu einigen Gesprächen mit der Familie und es wurden die möglichen „positiven“ und „negativen“ Auswirkungen besprochen. Die Familie entschloss, sich nach den Gesprächen mit meiner Schwester, das Kind auf Besuch mitzunehmen, da das Kind diesen Wunsch auch selbst äußerte. Die Mutter litt in den letzten Tagen, an schwerer Atemdepression und trotzdem sagte das Kind bei dem Besuch seiner Mutter zu ihr: „Wenn du im Himmel bist, weiß ich, dass du keine Schmerzen mehr hast und ich bin dir nicht böse!“

Die Aussage von diesem Kind gab mir zu denken, ob dieses resolute Vorgehen bezüglich des Besuchsverbots von Kindern auf Erwachsenen-Intensivstationen, nicht doch falsch sei und ich änderte meine bisher strikte Ansicht. Ebenso stellte ich mir folgende Frage: *„Entsteht durch fehlendes Wissen, fehlende Erfahrung oder Ängste der Pflegepersonen diese unbeirrte Einstellung, Kinder als Besucher auf Erwachsenen-Intensivstationen nicht zuzulassen?“*, da ein Kind in der Gesellschaft zu der vulnerabelsten Gruppe zählt und es zu schützen ist.

Danksagung

An dieser Stelle möchte natürlich auch ich die Gelegenheit nutzen und mich bei den Menschen bedanken, die mich bei meiner Diplomarbeit unterstützt haben!

Für den Rückhalt und Unterstützung während des Studiums, in jeglicher Weise, möchte ich mich bei meiner Familie bedanken! Meine Kraft und Energie habe ich meiner ganzen Familie zu verdanken, meiner Mutter, meinem Vater, meiner Schwester, Muna und meinem Lebenspartner Michael.

Besonderer Dank gilt Michael, für sein außerordentlich großes Verständnis und Unterstützung, während des ganzen Studiums, ohne ihn wäre mir vieles nicht leicht gefallen.

Danke!

Nun zu meiner Diplomarbeitsbetreuerin, Univ. Prof. Frau Mag. Dr. Hanna Mayer!

Es war ein großer Wunsch von mir bei Frau Prof. Mayer meine Diplomarbeit schreiben zu dürfen und daher habe ich mich sehr gefreut, als sie mir zusagte, meine Diplomarbeit zu betreuen. Frau Prof. Mayer gab mir Hilfestellung und Struktur, wo ich es benötigte, aber ebenfalls ausreichend Freiraum und Autonomie, um die Möglichkeit zu haben, mich selber entwickeln zu können.

Herzlichen Dank!

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1. Ausgangslage	1
1.2. Problemendarstellung.....	1
1.3. Ziel	2
1.4. Fragestellung	3
1.5. Methode und Vorgangsweise	4
 2. Familie	 7
2.1. Definitionen.....	7
2.2. Familienformen	10
2.3. Historischer Wandel der Familie.....	11
2.4. Besonderheiten der Familie.....	14
2.5. Bedeutung der Familie	16
2.6. Rollen und Beziehungen	17
2.7. Struktur und Netzwerk der Familie.....	21
2.8. Aufgaben der Familie.....	22
2.9. Ressourcen der Familie	24
2.10. Resümee	26
 3. Familienrelevante Theoretische Ansätze	 29
3.1. Systemtheoretische Ansätze.....	29
3.2. Kybernetik.....	39
3.3. Kommunikationstheorie	41
3.4. Veränderungstheorie	41
3.5. Resümee	42
 4. DAS KIND	 43
4.1. Kind in der Gesellschaft.....	43
4.2. Kindliche Entwicklungsstufen	47
4.3. Kindliche Bedürfnisse	50
4.4. Kindliche Kommunikation.....	52
4.5. Rechte des Kindes	57
4.6. Resümee	60
 5. KRANKHEIT IM FAMILIÄREN KONTEXT	 63
5.1. Bedeutung einer Krankheit für die Familie.....	63
5.2. Bedeutung einer Krankheit für ein Kind	67
5.2.1. Kindliche Bewältigungsstrategien.....	69
5.2.2. Kindliche Veränderung	72

5.2.3. Unterstützung des Kindes.....	74
5.2.4. Aufklärung des Kindes.....	75
5.2.5. Das Kind als Angehörige im Krankenhaus	79
5.3. Resümee	82
6. Diskussion der zentralen Fragestellungen	85
6.1. Darstellung und Bearbeitung der Forschungsfragen.....	85
6.1.1. „Was kennzeichnet die spezielle Situation von Kindern als Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation?“	86
6.1.1.1. „Was macht Kinder als Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation außergewöhnlich?“	89
6.1.1.2. Welche Wünsche äußern Kinder als Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation?.....	93
6.1.1.3. Welche Resultate können bei Kindern entstehen, wenn diese eine Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation besuchen?	95
6.2. Was kann seitens des Pflegepersonals gemacht werden, um Kinder optimal auf einer Erwachsenen-Intensivstation zu begleiten?	99
6.2.1. Welche Interventionen sind vor, während und nach dem Besuch zu treffen?“ ...	105
6.2.2. Welche Unterstützung benötigt die Bezugsperson/Familie?	111
7. Hypothesen.....	117
8. Leitlinie-Besuch von Kindern auf einer Erwachsenen-Intensivstation.....	119
8.1. Leitlinie „Schriftliche Darstellung“	119
8.2. Leitlinie „Graphische Darstellung“	123
9. Zusammenfassung und Schlussfolgerung	125
10. Tabellenverzeichnis	131
11. Abbildungsverzeichnis	133
12. Leitlinienverzeichnis	135
13. Literaturverzeichnis.....	137

1. Einleitung

Die Diplomarbeit beschäftigt sich mit Kindern, die in die Situation kommen, dass ihre Angehörigen auf einer Erwachsenen-Intensivstation betreut werden müssen: *„Kinder als Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation“*.

Da der Pflegeberuf ein von Frauen dominierender Beruf ist, finde ich es angebracht und habe den Entschluss gefasst, die weibliche bzw. die neutrale Formulierung in meiner Diplomarbeit zu wählen, spreche jedoch beide Geschlechter damit an, Ausnahmen bilden wörtliche Zitate.

1.1. Ausgangslage

In den letzten Jahren versucht man, die Angehörigen in die Pflege mit einzubeziehen. Die Integration und Anerkennung der Angehörigen in der Wissenschaft bezieht sich aber häufig nur auf erwachsene Angehörige, Kinder werden oft ignoriert oder unzureichend miteinbezogen, diese Gegebenheit spiegelt sich ebenfalls in der Praxis wider, insbesondere auf den Erwachsenen-Intensivstationen. Gegenwärtig besteht eine große Lücke im Bereich des wissenschaftlich fundierten Wissens, bezogen auf *„Kinder als Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation“*. Kinder zählen zu einer der vulnerabelsten Gruppen der Gesellschaft und daher ist es nötig, diese Wissensdefizite zu beseitigen und *„Kinder als Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation“* und deren Familien nach ihren ganz speziellen Bedürfnissen zu begleiten. Erst durch die Feststellung, Darstellung und Auseinandersetzung mit den Besonderheiten, die in einer solchen Ausnahmesituation bestehen, könnte man gezielt und wirkungsvoll Maßnahmen setzen, die das Kind und sein Umfeld, in dieser schwierigen Situation unterstützen und der angestrebten ganzheitlichen Pflege entsprechen.

1.2. Problemdarstellung

Wenn Kinder davon betroffen sind, dass ihre Angehörigen auf einer Erwachsenen-Intensivstation betreut werden, entsteht eine Ausnahmesituation für alle Beteiligten. Kinder als Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation nehmen eine besondere Position ein, die durch differente Aspekte entsteht:

Einer der wichtigsten beeinflussenden Aspekte ist, dass Kinder immer im familiären Kontext stehen und somit muss man als Pflegeperson auch danach handeln. Ein weiterer Faktor, der ein zentrales Problem darstellt, ist, dass Eltern die wichtigste Position im Leben von Kindern einnehmen, jedoch befinden sich Eltern ebenfalls in einer Ausnahmesituation, als Patientin oder als Angehörige und dies kann in weiterer Folge zu negativen Auswirkungen führen. Gleichzeitig kommt es durch die Krankheit und den Intensivaufenthalt einer Familienangehörigen zu multiplen Veränderungen innerhalb der Familie, von denen Kinder vorwiegend betroffen sind. Außerdem ist der gegenwärtige Entwicklungsstand des einzelnen Kindes von größter Bedeutung, dieser nimmt großen Einfluss auf die Ausnahmesituation, in der sich die Familie befindet und die Maßnahmen, die von den Bezugspersonen und der Pflege getätigt werden, müssen darauf abgestimmt sein. Im Umgang mit Kindern als Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation benötigt das Intensivpflegepersonal spezielle Fähigkeiten und Instrumente, um Kinder und deren Familien optimal zu unterstützen, die notwendigen Voraussetzungen dafür sind selten vorhanden oder inkludiert. Eine zusätzliche Schwierigkeit sind die Strukturen in den Krankenhäusern, die das Miteinbeziehen der „Kinder als Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation“ negativ beeinflussen. Anhand der Darstellung der derzeitigen Perspektive ist zu erkennen, dass durch die unterschiedlichsten Aspekte eine Komplexität entsteht, die es der Pflege sehr schwierig macht, Kinder und deren Familien auf einer Erwachsenen-Intensivstation gerecht zu werden.

Die Auseinandersetzung mit der Thematik „Kinder als Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation“ für die Pflegewissenschaft und für die Pflegepraxis ist von bedeutender Relevanz, da dies positive Auswirkungen auf Patientinnen, Familien, Intensivpflegepersonal und insbesondere auf die schutzbefohlene Gruppe, „Kinder“ hat.

1.3. Ziel

Die Diplomarbeit verfolgt das Ziel einen Beitrag zum Verständnis zu leisten, in welcher Situation sich Kinder als Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation befinden und die Thematik zu enttabuisieren.

Eine weitere Intention ist, dass das Intensivpflegepersonal erfasst, wie wichtig die Miteinbeziehung von Kindern als Angehörige auf differenten Ebenen ist. Mit der Auseinandersetzung und Beantwortung der Forschungsfragen soll wissenschaftliches „Wissen“ dargestellt werden, um ein Defizit in diesem pflegewissenschaftlichen Thema in Österreich aufzuzeigen.

Ein weiteres Ziel ist die Erstellung einer „Leitlinie“, dadurch wird es dem Intensivpflegepersonal in der Praxis möglich sein, einen Orientierungspunkt zu haben, um Kinder und deren Familien als Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation begleiten zu können. Dies würde zur Unterstützung der Kinder, Familien und Bezugspersonen dienen.

Wenn ich die Diplomarbeit abgeschlossen habe, strebe ich an, ein „Konzept“ für den Besuch von Kindern auf einer Erwachsenen-Intensivstation zu entwickeln und ein „Kinderbuch“ oder eine „Broschüre“ zu erarbeiten, die Kinder auf den Besuch kindgerecht vorbereiten soll.

1.4. Fragestellung

In meiner Diplomarbeit beschäftige ich mich mit zwei Hauptfragestellungen.

Die erste Hauptfrage lautet:

„Was kennzeichnet die spezielle Situation von Kindern als Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation?“

Mit dieser Frage entstehen drei Unterfragen, die relevant sind:

- *„Was macht Kinder als Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation außergewöhnlich?“*
- *„Welche Wünsche äußern Kinder als Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation?“*
- *„Welche Resultate können bei Kindern entstehen, wenn diese eine Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation besuchen?“*

Die zweite Hauptfrage lautet:

- *„Was kann seitens des Pflegepersonals gemacht werden, um Kinder optimal auf einer Erwachsenen-Intensivstation zu begleiten?“*

Hier entstehen zwei relevante Unterfragen:

- *„Welche Interventionen sind vor, während und nach dem Besuch zu treffen?“*
- *„Welche Unterstützung benötigt die Bezugsperson/Familie?“*

1.5. Methode und Vorgangsweise

Die Diplomarbeit ist eine Literaturarbeit und zu Beginn erfolgt eine theoretische Auseinandersetzung mit der „**kindlichen Lebenswelt**“, die Erkenntnis, wird aus den unterschiedlichsten Disziplinen gezogen, den Schwerpunkt bilden Pflegewissenschaft, Psychologie, Pädagogik und Soziologie.

Der Fokus liegt dabei auf: **„Familie, familienrelevante theoretische Ansätze, Kind und Krankheit im familiären Kontext“**.

Bei der Beschäftigung mit der „**Familie**“, werden *„Definitionen, Familienformen, Historischer Wandel, Besonderheiten, Bedeutung, Rollen und Beziehungen, Struktur und Netzwerk, Aufgaben und Ressourcen“* der Familie beleuchtet.

Bei der Ausarbeitung der „**Familienrelevanten Theoretischen Ansätzen**“, werden auf verschiedene Theorien und Ansätze hingewiesen wie: *„systemtheoretische Ansätze, Kybernetik, Kommunikationstheorie und der Veränderungstheorie“*.

Bei der Bearbeitung des Kapitels „**Das Kind**“ sind die Prioritäten bei, *„Kind in der Gesellschaft, Kindliche Entwicklungsstufen, Kindliche Bedürfnisse, Kindliche Kommunikation und Rechte des Kindes“* gelegt.

Der Abschluss der „kindlichen Lebenswelt“ bildet, **„Krankheit im familiären Kontext“**, hier liegt der Fokus auf, *„Bedeutung einer Krankheit für die Familie und das Kind, kindliche Bewältigungsstrategien, kindliche Veränderung, Unterstützung des Kindes, Aufklärung des Kindes und das Kind als Angehörige im Krankenhaus“*.

Die „kindliche Lebenswelt“ soll darstellen, wie komplex die Welt der Kinder ist und Kinder immer im familiären Kontext gesehen werden müssen und daher ist auch ein Ziel, dass die Pflege ganzheitlich agiert. Die Beantwortung der Forschungsfragen erfolgt ebenfalls durch eine Literaturrecherche. Die Literaturrecherche erstreckt sich auf die Zeitspanne 1999-2010. Während der Auseinandersetzung mit der Literatur ist aufgefallen, dass es insbesondere im Zeitraum von 1988-1994 Veröffentlichungen bezüglich dieses Themas gab. Daher wurde auch Fachliteratur hinzugezogen, die außerhalb der geplanten Zeitspanne fiel, um nichts Essenzielles zu ignorieren, weil es vor 1999 publiziert worden ist.

Bei der ersten Hauptforschungsfrage kommt zur Erörterung von Bedenken und Ängste des kindlichen Umfelds, Beleuchtung von Richtlinien und Hilfestellungen und dem Hinterfragen von Zugangsbeschränkungen und Verbot des Besuchs der Kinder. Bei der Ausarbeitung der Unterfragen wird Bezug genommen auf die Beziehung zu der Bezugsperson, allgemeine

Kennzeichen von Kindern als Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation, den Einbezug der Kinder, dem Informationsstand, der wissenschaftlichen Auseinandersetzung, den strukturellen Voraussetzungen und den Wünschen der Kinder und den möglichen Veränderungen des Kindes. Die zweite Hauptfrage und deren Unterfragen, legen den Fokus auf die allgemeinen Grundsätze, der Organisation eines Besuchs und Interventionen, der Kommunikation und Sensibilität sowie der Vorbereitung der Patientin, die Unterstützung der Bezugsperson und der Familie und den möglichen Ressourcen und Interventionen, welche die Intensivkrankenschwester aufweist. Die Abfolge der Beantwortung der Forschungsfragen ist so zusammengestellt, dass das zusammengetragene Wissen, wie ein Besuch bestmöglich vorbereitet und eventuell durchgeführt werden kann, auch in die Praxis umgesetzt werden könnte.

2. Familie

Die Familie hat so unterschiedliche Bedeutungen und Konstellationen, wie es Menschen gibt. Die Wichtigkeit der Familie wird leider oft verkannt, jedoch gerade in der Pflege ist es von größter Notwendigkeit, der Familie wieder den nötigen Stellenwert zu zuschreiben, um von den Ressourcen der Familie, für alle Beteiligten profitieren zu können. Daher möchte ich der „Familie“ ein eigenes Kapitel widmen, um deren Größe und Stärke ausdrücken zu können.

2.1. Definitionen

Eine klare Definition des Begriffs „Familie“ zu finden und deren Charakter darzustellen, gestaltet sich gerade in der heutigen Zeit schwierig.

Das Vorhandensein von differenten Begriffsbestimmungen der Familie, innerhalb und außerhalb von Disziplinen und Strömungen, lässt eine klare Definition scheinbar unmöglich machen. Die Schwierigkeit einer eindeutigen Begriffsbestimmung beschreibt folgendes Zitat:

„ „Familie“ gehört wahrscheinlich zu den umgangssprachlichen Begriffen, die ihre häufige Verwendung der Tatsache verdanken, dass sie so unklar definiert sind. Jeder scheint zu wissen, was damit gemeint ist, und vorauszusetzen, dass jeder andere es auch weiß. Dass dies eine irrige Annahme ist, stellt sich spätestens dann heraus, wenn man nach einer Definition von „Familie„ fragt.“ (Simon, 2000, S. 140)

Der Begriff „Familie“ reicht weit in die Geschichte hinein und doch hat sich die Familie als System in Struktur und Funktion gewandelt. Veränderungen dieser Art werden vermutlich auch in Zukunft bestehen, darauf weist Gestrich mit der Herkunft des Begriffes „Familie“ hin.

Gestrich (2003) zeigt auf, dass der Begriff Familie und daher die Struktur „Familie“ weit in die europäische Geschichte hineinreicht, denn der Terminus „Haus“, der von der Phase der Antike bis ins 18. Jahrhundert bestand, hatte auch die Bedeutung „Familie“. Doch der Terminus „Haus“ glich nicht dem der Bedeutung und Vorstellung der heutigen Familie, man bezeichnete damit das Zusammenleben von Personen, die nicht ausschließlich miteinander verwandt waren, es schloss Mägde, Knechte und Leibeigene mit ein. (vgl. Gestrich, Krause & Mitterauer, 2003, S. 11–12)

Im folgenden Abschnitt werden verschiedenartige Definitionen dargestellt.

Das nächste Zitat, aus dem Bereich der Pflegewissenschaft, deutet darauf hin, dass eine Familie nicht nur durch das Vorhandensein von Familienmitgliedern besteht, sondern ein großer Teil, was Familie ausmacht, mit Pflichtgefühl und Sorge um Personen, die einem nahe stehen, zu tun

hat. „Dieses Verständnis von Familie [...], indem die Familie nicht als Objekt, sondern als soziales Konzept begriffen wird.

Familie wird laut Gubrium und Holstein (1990) durch intra- oder interpersonelle Beziehungen, durch Fürsorge und die Bereitschaft, Verantwortung für den anderen zu übernehmen definiert.“ (Gehring, 2001, S. 25)

Innerhalb des Feldes Soziologie besteht ebenfalls die Existenz von multiplen Definitionen des Terminus „Familie“.

Hill und Kopp (2006) stellen fest, dass eine Definition der Familie zu erstellen, keine leichte Angelegenheit ist. Wenn man traditionelle Definitionen miteinander vergleicht, erhält man folgende Vorstellung der Familie: Es ist eine beständige Beziehung zwischen einer Frau und einem Mann, die in einem gemeinsamen Haushalt leben und die wenigstens ein Kind haben.

Diese Darstellung der Familie ist allerdings sehr einschränkend und grenzt andere bestehende Familienkonstellationen aus. (vgl. Hill & Kopp, 2006, S. 12–14)

Nave-Herz (1989) definiert die Familie folgendermaßen:

„Die Familie ist gekennzeichnet durch 1. ihre biologisch-soziale Doppelnatur aufgrund der Übernahme zumindest der Reproduktions- und Sozialisationsfunktion neben anderen, die kulturell variabel sind. 2. Zwischen ihren Mitgliedern besteht ein besonderes Kooperations- und Solidaritätsverhältnis, aus dem heraus die Rollendefinitionen festgelegt sind. 3. Die Generationsdifferenzierung ist für sie konstitutiv. 4. Darüber hinaus wird in der Regel die Familie durch Eheschließung begründet oder ergänzt.“ (Nave-Herz, 1989a, S. 3)

Die zwei Beschreibungen des Begriffs „Familie“ geben einen kleinen Einblick, in die soziologische Betrachtungsweise.

In der Pädagogik stößt man auf folgende Definitionen des Terminus „Familie“.

Noack (2001) beschreibt die Familie in der Sozialpädagogik als ein System, das unabhängig ist. Die Entstehung der Familie ist durch sich selbst hervorgegangen, das Wachstum und die Zerteilung steuert die Familie selbstständig. Die Familie als selbstständiges System hat die Möglichkeit sich ihre individuelle Welt zu konstruieren. Jede Familie hat unterschiedliche Wertvorstellungen, lebt ihre eigene Lebensart und die Familienmitglieder agieren danach.

Die Welt der Familie reicht von der Selbstgestaltung, der verbrachten Zeit mit der Familie, Führung des Haushalts, Ausbildung und Kenntnisse der Familienmitglieder, Kultur, Geborgenheit bis hin zum Schutz der Familie. Trotz der bestehenden Autonomie der Familie steht diese in Abhängigkeit mit dem System der Öffentlichkeit. Die Abhängigkeit zeigt sich in

den Bereichen der Bildung, Ausbildung, Beschäftigungsmöglichkeiten und Optionen der Konsumierung. (vgl. Noack, 2001, S. 165–166) Giesecke (2004) definiert die Familie folgendermaßen, auch lässt er keinen Zweifel, dass jeder weiß, was eine Familie ist, die Begriffsbestimmung der Familie ist klar und das Auftreten der Familie beispiellos. Trotzdem scheinen die Begriffserklärungen bei genauerer Betrachtung, wohl dasselbe Wort zu erörtern, aber weisen doch unterschiedliche Anschauungen auf. *„Was eine Familie ist, muß man eigentlich niemandem erklären. In ihr leben mindestens zwei Generationen in einem gemeinsamen Haushalt zusammen- in der Regel Eltern und ihre Kinder. [...] Familie ist eigentlich keine intentionale pädagogische Institution, sondern eine Lebensgemeinschaft - also eher ein funktionales als ein intentionales Lernfeld. Die Sozialform Familie ist einmalig in der Gesellschaft, [...]“* (Giesecke, 2004, S. 116)

Die unterschiedlichen Formen der Darlegungen des Begriffs „Familie“ wären wahrscheinlich unendlich fortzuführen, die folgenden Definitionen belegen, dass der Blickwinkel aus dem die Familie betrachtet wird, die Definition bestimmt.

Im Duden (2007) wird der Begriff „Familie“ als solches erläutert:

- "1. a) Gemeinschaft aus einem Elternpaar u. mindestens einem Kind;
b) Gruppe der nächsten Verwandten; Sippe.*
- 2. (Biol.) systematische Kategorie, in der näher verwandte Gattungen zusammengefasst werden"* (Duden, 2008)

Im Österreichischen Familienrecht wird „die Familie“ folgendermaßen definiert: *„Unter Familie verstehen wir heute das Ehepaar mit seinen Kindern. Die uneheliche Zeugung begründet zwar ein Blutsband zwischen den Eltern und Kind und auch ein Band zwischen den Erzeugern, aber eine Familie begründet sie nicht (§ 161).“* (Gschnitzer & Faistenberger, 1979, S. 1)

Dies ist von McGoldrick, Gerson, Petry gewählte Begriffsbestimmung für „Familie“: *„Eine Familie umfasst nach unserer Definition alle Menschen, die aufgrund ihrer gemeinsamen biologischen, rechtlichen, kulturellen und emotionalen Geschichte sowie einer implizit vorhandenen gemeinsamen Zukunft miteinander verbunden sind.“* (McGoldrick, Gerson & Petry, 2009, S. 25)

2.2. Familienformen

Gegenwärtig ist es nicht einfach zu beschreiben „Was eine Familie ist“, die Besonderheit der heutigen Familie ist ihr facettenreiches Erscheinungsbild. Dieser Abschnitt beleuchtet die bestehenden Formen der Familie und gibt Einblick „Was eine Familie ist“.

Mitterauer (2009) zählt die Lebensformen und Familienformen auf, die gegenwärtig existieren. Man kann unterschiedliche Lebensformen erkennen, „Einzelhaushalte, Kernfamilien, erweiterte Familien, komplexe Familien, Stieffamilien, alleinerziehende Elternteile, nicht eheliche Lebensgemeinschaft und Wohngemeinschaften“. Dies lässt erkennen, dass es nicht eine wahre Familienform in der Gegenwart gibt und man dies berücksichtigen muss. In „Einzelhaushalten“ leben Menschen, die „Single“ sind, ältere Menschen, die ihre Partnerin verloren haben, aber auch Personen, die sich scheiden haben lassen. Unter „Kernfamilie“ versteht man, eine Familie, die aus Eltern und ihren Kindern besteht. In der „erweiterten Familie“ kommen zu den Eltern mit ihren Kindern noch weitere Personen aus der Verwandtschaft dazu. In der „komplexen Familie“ lebt noch ein weiteres verwandtes Paar mit der Kernfamilie zusammen. Eine weitere Familienform der heutigen Zeit ist die „Stieffamilie“, hier ist es zur Trennung der Partner gekommen und die Kinder leben mit einem Elternteil zusammen. Zusätzlich kommen aber alte und neue Beziehungen hinzu, wie die zum anderen Elternteil, zu neuen Partnern der Eltern, zu Stiefgeschwistern und Stiefgroßeltern, somit ist dies eine besondere Form der Familie. Die Familienform „alleinerziehender Elternteil“, besteht in der Mehrzahl aus Müttern mit ihren Kindern. Eine weitere Form der Familie ist die „nicht eheliche Lebensgemeinschaft“. Die „Wohngemeinschaft“ kann die Familie nicht ersetzen, ist aber eine Lebensform, die vermehrt von jungen Menschen gewählt wird. (vgl. Mitterauer, 2009, S. 97–109)

Gestrich (2003) beschreibt, dass die Betrachtung, was eine Familie ausmacht und welche Personen zu einer Familie gehören individuell ist und im Kontext mit der Kultur, in der man lebt, steht. Anhand des Beispiels der Familien von Indianerinnen aus Nordamerika veranschaulicht Gestrich, wie unterschiedlich die Facetten der Familien sein können und für die entsprechende Kultur doch selbstverständlich sind. Bei verschiedenen Angehörigen von Indianerinnen aus Nordamerika zählte man nur die Personen zur Familie, die von der familiären Seite der Mutter abstammten. In dieser Kultur wurde der Familie des Vaters keine so gewichtige Bedeutung zugewiesen, wie der Familie der Mutter. Bei den Angehörigen der Irokesen wählte man den Namen seines Kindes ausschließlich aus der Familie der Mutter. Auch nach der Heirat entfernten sich die Töchter und deren Kinder nicht aus dem eigenen mütterlichen Haushalt. Dieses Beispiel

zeigt die Struktur einer Familie, die aus der Sicht unserer Kultur andersartig und fremd erscheint, jedoch bei den Angehörigen der Irokesen traditionell war. (vgl. Gestrich et al., 2003, S. 6–7)

2.3. Historischer Wandel der Familie

Die Familie hat sich in der Definition, Struktur und Anzahl der Familienangehörigen, in der geschichtlichen Entwicklung fortlaufend verändert, dem Anschein nach wird es auch in der Zukunft zu Umgestaltungen kommen. Dieser Abschnitt bringt einen komprimierten Einblick in die Veränderung der Familie, von der Vergangenheit bis in die Gegenwart.

Die historische Entwicklung und Veränderung des Familiensystems ist bedeutend für das Verständnis des Systems Familie und deren heutigen Situation in der Gesellschaft.

Burkart (2008) geht auf den Wandel der Familie ein und zeigt klar auf, dass die Entfaltung und Veränderung der Familie mit der Fortentwicklung der Geburtsrate zusammenhängt.

In der Vergangenheit gab es einschneidende Tendenzen, die zu einer Änderung der Familienstruktur führten. Es kam zu einer Zunahme der Geburtenzahlen in der Zeit nach dem Krieg, diese Expansion entwickelte sich zu einer Regression in den westlichen Ländern der Erde im Jahr 1960. In den Jahren zwischen 1965 bis 1975 beeinflusste die Bildungsförderung und die aktive Teilnahme der Frauen an Bildung, die steigende Regression der Geburten positiv. In diesen Jahren kann man ein höheres Alter bei den Erstgebärenden erkennen, dies lässt sich darauf zurückführen, dass die Frauen durch den Besuch von Bildungssystemen erst später dazu bereit waren Kinder zu bekommen. Es traf eine weitere entscheidende Entwicklung ein, es bildete sich der Zustand des Auftretens, vermehrt kinderloser Frauen und Männer. Diese Konstellation führte zu einer Entwicklung von Gegensätzlichkeiten der Personen die Kinder haben und jenen, die keine haben. Besonders in Deutschland lässt sich eine weitere Änderung erkennen, es kommt zur bewussten Heirat, wenn ein Paar vor der Familienplanung steht, gleichzeitig lässt sich eine steigende Tendenz erkennen, Kinder auch außerhalb der Ehe zu bekommen. In bestimmten Ländern ist das 20. Jahrhundert von der Regression der Geburten gekennzeichnet. Es entwickelt sich eine Steigerung der Geburten, außerhalb der Ehe und der Alleinerziehenden, die vielfach Frauen sind. Durch die Trennung von Sexualleben und Eheband mit der Führung eines gemeinsamen Haushaltes und der Elternschaft wurde die heutige Entwicklung gefördert. Zu diesen Veränderungen kommen weitere relevante Punkte hinzu, die Differenzierung zwischen den biologischen Eltern und den sozialen Eltern und die rasante Entwicklung der Möglichkeiten der Medizin. Es entwickelten sich moderne medizinische

Alternativmöglichkeiten, wie die „assistierte Reproduktion“ und die Möglichkeit des Einsatzes einer „Tragemutter“, dies sind nur zwei Wege von vielen.

Dies sind alles Faktoren, die den Wandel der Familie beeinflusst haben, aber die Komplexität dieser Thematik lässt es nicht zu, alles auf einen einzigen Faktor zurückzuführen. Ökonomie, Kultur, Gesellschaft und Gesetze sind beeinflussende Elemente der Entfaltung von Lebensformen. Nachvollziehen kann man die Regression der Geburtenzahl anhand folgender Veränderungen, Kinder waren nicht mehr notwendig als Altersversorgung oder als einsetzbare Leistungskraft im eigenen Besitz, da sich die Industriegesellschaft mit einer öffentlichen Altersversorgung entwickelte. Die Wertigkeit der einzelnen Individuen ist gestiegen und dies bedeutet parallel auch, dass es zu einer Wunschfamilie mit nur zwei Kindern gekommen ist. Die Emanzipierung der Frauen und die Veränderung der Kultur hatten ebenfalls Einfluss auf die Geburtenzahl. (vgl. Burkart, 2008, S. 39–41)

Hausgemeinschaft in Europa

Die Hausgemeinschaft in Europa beschreibt Burkart (2008) folgendermaßen: Das System des Lehnwesens im mittelalterlichen Europa, der Feudalismus war die herrschende Gesellschaftsstruktur. Der Feudalismus reichte vom Mittelalter bis in die Neuzeit hinein und prägte die damalige Gesellschaft, Politik und Wirtschaft. In dieser Zeit kann man von zwei Familientypen sprechen, die dominierend waren, die Familien des Adels und die Familien der normalen Bürger, die meistens ein Handwerk ausübten oder im Handel tätig waren. Der Familientyp der normalen Bürger wurde auch Hausgemeinschaft genannt, dieser Familientyp reichte vom 16. bis in das 18. Jahrhundert (frühe Neuzeit). Man kann diesen Familientyp nicht mit einer Familie im heutigen Sinn vergleichen, denn es handelte sich in der Hausgemeinschaft um einen wirtschaftlichen Arbeitszirkel. Zu einer solchen Hausgemeinschaft zählten Personen von der engen Verwandtschaft, ehelose Verwandte, bis hin zu Personen, die nicht zu den Verwandten zählten, sondern Arbeitskräfte waren.

Der Vergleich mit einer Familie von heute ist daher nicht möglich, denn der Grund zur Partnerschaft war damals ein eher zweckmäßiger. Man kann die damalige Hausgemeinschaft vielmehr mit einer Gruppe von Menschen vergleichen, die in einem Betrieb zusammenarbeiten, aber nicht alle an diesem Geschäft finanziell beteiligt sind, und daher nicht über einen gleichberechtigten Status verfügen und als herkömmliche Angestellte in diesem Betrieb tätig sind. In diesem Betrieb gibt es Führungskräfte, die Eigentümer des Betriebs und der

Geschäftsidee sind und daher über die Entscheidungsrechte verfügen. (vgl. Burkart, 2008, S. 116)

Mitterauer (2003) hingegen beschränkt die Familientypen nicht nur auf zwei Gruppen, er gliedert die sogenannte „Haushaltsfamilie“ im Mittelalter auf: Fürstenhöfe, Adelshöfe, Fronhofverbände, geistliche Haushaltsgemeinschaften städtischen und ländlichen Haushaltsformen (vgl. Gestrich et al., 2003, S. 270–308).

Betrachtet man die Charakteristik der Familientypen von damals, erkennt man entscheidende Entwicklungen. Schon damals war die „Familie“ die wichtigste bestehende Struktur und sicherte das Leben.

Folgende historische Merkmale:

„Im Vergleich zu heute lassen sich einige Besonderheiten der Lebensweise der frühen Neuzeit hervorheben:

- 1. Niemand lebte allein (abgesehen von Landstreichern).*
- 2. Kaum jemand lebte als Paar zu zweit.*
- 3. Auch innerhalb des Haushalts gab es wenig Raum für Individualität, Privatheit oder Intimität.*
- 4. Kaum ein Haushalt hatte weniger als vier Personen (oft sehr viel mehr).*
- 5. Privatleben und Arbeitsleben waren integriert, die Hausgemeinschaft war Produktionsgemeinschaft, aber auch Wohn-, Lebens- und Schutzgemeinschaft (etwa, um ein »gesichertes Leben in Ehre« führen zu können). »Das Haus erst machte den Menschen zum Mitglied der Gesellschaft.«*
- 6. Die Hausgemeinschaft war patriarchal strukturiert: Der Hausherr war zugleich Vater, Ehemann und »Arbeitgeber«.* “ (Burkart, 2008, S. 117–118)

Bürgerliche Familie

Burkart (2008) beschreibt die bürgerliche Familie. Die Lebensform der bürgerlichen Familie trat am Ende des 18. Jahrhunderts in den Vordergrund. In diesem Familientyp war die Verbundenheit eines Paares sehr wichtig, mit dieser Erscheinung kam es zur Trennung von Privatleben und der Arbeitsstätte. Dies hatte zur Folge, dass sich nicht mehr das gesamte Leben in einem Haus abspielte und die „Familie“ und somit das Privatleben, vertrauter wurde. Die adelige Gesellschaft, Handwerker und Bauern lebten bis ins 19. Jahrhundert, die ihnen

vertrauten, alten Lebensformen. Der Lebensstyp des Bürgertums setzte sich in der westlichen neumodischen Welt durch. (vgl. Burkart, 2008, S. 121–122).

Moderne Kleinfamilie heute

Ein kurzer Einblick in die Geschichte des Familiensystems zeigt, wie facettenreich die Familie war. Die moderne Kleinfamilie ist aus der Gesellschaft nicht mehr wegzudenken, deshalb wird in diesem Teil auf die moderne Kleinfamilie und deren Aufgaben eingegangen. Burkart (2008) zeigt auf, dass die sogenannte moderne Kleinfamilie, die vom Bürgertum abstammte, sich bis ins 20. Jahrhundert in allen sozialen Schichten durchsetzte (vgl. Burkart, 2008, S. 134). Die moderne Familie weist eine lange Geschichte auf und besitzt besondere Assimilationsfähigkeit, durch die es für die Familie möglich ist, sich dem immer wiederkehrenden Wandel der Umwelt anpassen zu können und dadurch in modifizierter Form bestehen zu bleiben, darauf weisen Friedemann und Köhlen hin: *„Die «moderne Kernfamilie» ist der Familientyp, der die Struktur der bürgerlichen Familie übernommen hat. Aber auch die moderne Kernfamilie entwickelt sich weiter und passt sich immer neu dem politischen, wirtschaftlichen und juristischen Wandel an.“* (Friedemann & Köhlen, 2003, S. 76)

2.4. Besonderheiten der Familie

Die Familie verfügt über eine große Anzahl von positiven charakteristischen Merkmalen.

In diesem Abschnitt werden zu “Lebensbereich Familie“, “Kommunikation“, “Wärme“, “Schutz“, “Unterstützung“, “Hilfestellung“ und “Halt“ Bezug genommen.

Der Lebensbereich Familie stellt den Mittelpunkt im Leben der Kinder dar, man kann erkennen, dass Eltern für Kinder von größter Bedeutung sind, die Beziehung ist prägend und zieht sich durch das ganze Leben eines Menschen.

Nave- Herz (1989) geht auf die Bedeutung der Eltern ein. Die Eltern sind der Mittelpunkt im Leben von Kindern, sie gewinnen sogar noch mehr an Bedeutung, wenn ein Kind das einzige Kind eines Elternpaares ist. Denn ein Einzelkind lebt im Bezug auf alltägliche Dinge in einer benachteiligten Situation im Vergleich zu Kindern, die Geschwister aufweisen können.

Es hat keine Geschwister, mit denen es spielen oder sich beschäftigen kann, es muss zum Spielen in eine Spielgruppe oder zu Freunden, dies bewirkt, dass das Kind abhängiger von seinen Eltern ist, als ein Kind das Geschwister hat. Man könnte daher darauf schließen, dass gerade für

Einzelkinder die Trennung zu seinen Eltern zu einer folgenreichen seelischen Erschütterung führen kann. (vgl. Nave-Herz, 1989b, S. 218)

Die Familie ist der wichtigste Lebensbereich für Menschen, „*Machen wir uns doch bewußt, dass die Familie neben Freunden, Arbeitsplatz und Verein der wichtigste Teil der sozialen Umwelt jedes Menschen ist.*“ (Greif & Hoffmann, 1999, S. 483)

Darüber hinaus weist die Familie als weiteres Kennzeichen „innerfamiliäre Kommunikation“ auf. Kommunikation hat in allen Lebensbereichen einen sehr hohen Stellenwert, gerade deswegen kann man die Kommunikation innerhalb der Familie zu den Besonderheiten der Familie zählen. Im Beitrag von Klöckner, Beisenkamp und Hallmann (2004) kann man sehr gut erkennen, dass Kinder eine gut funktionierende Kommunikation im normalen Familienalltag benötigen. Diese Art der Kommunikation funktioniert umso besser, je mehr Kinder und Eltern die Möglichkeit haben, Zeit miteinander zu verbringen. Funktioniert die Kommunikation im normalen Familienalltag sehr gut, fühlen sich die Kinder umso wohler in ihrer Familie. Dies zeigt, wie wichtig die Kommunikation mit Kindern ist und besonders innerhalb der eigenen Familie. (vgl. Klöckner, Beisenkamp & Hallman, 2004, S. 136)

Zu den unvergleichlichen Besonderheiten zählt die „Wärme“, die Kinder in der Familie erleben. Das Gefühl der Geborgenheit benötigt jeder Mensch, in Familien erhalten Kinder unbegrenzte Geborgenheit und Schutz und dies unaufgefordert und in jeder erdenklichen Situation. Im Beitrag von Klöckner et al. (2004), der sich mit heranwachsenden Kindern (zwischen 9 und 14 Jahren) beschäftigt, zeigt sich, dass die "Wärme" in einer Familie einer der wichtigsten Faktoren ist, der sich auf die heranwachsenden Kinder günstig auswirkt. Die Kinder beschreiben diesen Faktor als sehr wichtig und man kann daher annehmen, dass sich Kinder in einer Familie, die viel "Wärme" ausstrahlt, wohler fühlen und dies auch Einfluss auf andere Lebensbereiche hat. (vgl. Klöckner et al., 2004, S. 135)

Kinder benötigen in ihrer Entwicklung Hilfestellung und Rückhalt, dies erhalten sie in besonderer Weise in der Familie und gerade in Krisensituationen ist es relevant als Elternteil nicht auf die Kinder zu vergessen und ihnen zur Seite zu stehen, dies verdeutlicht das nachstehende Zitat. *"Parental support is an extremely important part of a child's coping skills. When this support is unavailable due to parental absence, a child may feel abandoned and unable to cope effectively with the situation."* (Lewandowski, 1992, S. 574)

Familie bedeutet Schutz für das Kind, keine andere Institution oder System ist fähig diese Schutzfunktion in einem solchen Ausmaß durchzuführen. Die Einflüsse auf Kinder können von minimalen, nicht bedeutenden bis hin zu maximalen, prägnanten und prägenden reichen.

Ein Kind, das nicht unter dem Schutz seiner Eltern steht und nicht jederzeit darauf zurückgreifen kann, ist verloren und verliert das Vertrauen in seine Familie und an die Gesellschaft.

Kreppner (1989) geht auf eine weitere Verpflichtung ein, die nur die Familie in Perfektion erfüllen kann und in erster Linie erfüllen soll: *„In der Familienforschung wird gerade die Familie mit kleinen Kindern als eine Art Schutzhülle gegenüber der Außenwelt angesehen, die gleichsam als Puffer wirkt, Einflüsse von außen moderiert und wie ein Filter nur selektierte Anteile der außerfamiliären Umwelt in die Innenwelt gelangen läßt.*

Dies bedeutet, daß gerade in der frühen Kindheit für die Wahrnehmung und die Interpretation von sozialer Realität nur eine immer schon im Sinne familiärer Wahrnehmungs- und Interpretationsmuster vorgeprägte Schablone zur Verfügung steht.“ (Kreppner, 1989, S. 294)

2.5. Bedeutung der Familie

Für viele Menschen ist die Familie der Mittelpunkt in ihrem Leben und hat den höchsten Stellenwert in ihrem Leben.

In diesem Abschnitt wird die Bedeutung der Familie unter differenten Blickwinkeln dargestellt, im Bezug auf „Gesellschaft“, „Kinder“ und „Pflege“, um deren Wichtigkeit darzustellen. Die Familie ist nicht nur für das einzelne Individuum von großer Relevanz, vielmehr trägt die Familie für die Gesellschaft einen großen und wertvollen Beitrag.

Der Österreichische Familienbericht weist auf die Wichtigkeit der Familie für die allgemeine Gesellschaft hin. *„In Familien werden vielfältige Leistungen erbracht, die für die gesamte gesellschaftliche und staatliche Ordnung Grundlagen vermitteln, die Politik, Gesetzgebung und staatliche Institutionen nicht schaffen können, auf die sie aber wie selbstverständlich zurückgreifen, ohne sich der Quellen dieser Ressourcen ausreichend und v. a. politikwirksam bewusst zu sein“.* (Beham, Gössweiner & Gross, 2000, S. 61)

Daraus kann man schließen, dass Familien differente Bereiche beeinflussen, wie Politik, Versorgung der Bevölkerung, Leistungen im Gesundheitswesen, Leistungsfähigkeit der Pensionskassen, wissenschaftlichen, wirtschaftlichen und sozialen Fortschritt der Bevölkerung und kulturelle Beständigkeit. Für Kinder hat die Familie eine außergewöhnliche Bedeutung, die mit Nichts anderem vergleichbar ist.

Üblicherweise ist im positiven Fall die eigene Familie für Kinder der Mittelpunkt in ihrem Leben, der ihnen Schutz, Sicherheit und Geborgenheit gibt. Leider kann es auch in Familien dazukommen, dass die kindlichen Grundbedürfnisse nicht befriedigt werden und es dadurch zu

einer negativen Entwicklung in der Kindheit kommt, die bis zu Bindungsängsten führen können. Die Familie hat für zufriedene Kinder eine große Bedeutung; *"So bezeichnen die Kinder die Familie z.B. als das, was ihnen im Leben am wichtigsten ist [...]"* (Klöckner et al., 2004, S. 130) Kreppner (1989) geht auf die Relevanz der Aufgaben der Familie ein, die Sozialisation zählt zu einer der Aufgaben, die an eine Familie gestellt werden. Kinder lernen durch ihre Familie, wie man mit anderen Personen umgeht. Zuerst lernen Kinder den Umgang mit den Familienmitgliedern und dies ist der Grundstein für das Verhalten der Kinder außerhalb des Systems Familie. Der Vorgang der Sozialisation hat vermutlich keinen Abschluss. Man kann daraus schließen, dass die Familie ein Kind prägt und deren Verhalten in der Gesellschaft auch nach der Kindheit bestimmt und beeinflussen wird. Wenn die Sozialisation in der Familie prägend ist, beeinflusst es auch, ob ein Kind Vertrauen oder Misstrauen dem Leben gegenüber aufweist. (vgl. Kreppner, 1989, S. 290)

In der Pflege kann die Familie unterschiedliche Bedeutungen haben, einerseits tritt sie in Erscheinung, wenn eine Familienangehörige erkrankt, andererseits übernimmt die Familie einen wichtigen Part in der nicht professionellen Pflege und Gesundheitsvorsorge der eigenen Familienangehörigen.

Krampe (1999) beschreibt in ihrem Artikel, wie eine Mutter mit ihrem eineinhalbjährigen Sohn zur ärztlichen Routineuntersuchung ging und die Diagnose Neuroblastom gestellt wurde. Ab diesem Zeitpunkt änderte sich das familiäre Leben und man kann an diesem Beispiel erkennen, wie wichtig die Familie in einer solchen Krisensituation ist. Die Familie musste eine neue Organisation und Struktur finden und die Mutter lernte Tätigkeiten im Spital zu übernehmen, die in der professionellen Pflege nicht unbedingt ausschließlich zu den mütterlichen gezählt werden würden. Aus diesem Artikel lässt sich erkennen, dass besonders Mütter einen relevanten Einfluss auf die Gesundheitsvorsorge und Arzttermine ihrer Kinder haben, und Kinder und Pflege in einer besonderen Weise unterstützen. (vgl. Krampe, 1999, S. 80–85)

2.6. Rollen und Beziehungen

Zwischen Kindern und deren Eltern besteht eine ganz besondere Verbundenheit, die insbesondere für Kinder sehr wichtig ist, daher nehmen Kinder auch eine außergewöhnliche Rolle innerhalb der Familie ein.

Auffallend ist, dass gerade innerhalb der Familie die Kommunikation eine große Relevanz hat, im Bezug auf die Beziehung der Mitglieder der Familie untereinander. Dieser Abschnitt geht auf

die „Bindung zwischen Kind und Eltern“, die „Rolle des Kindes“ innerhalb der Familie und die „Kommunikation in der Familie“ ein.

Bindung Kind/Eltern

Die Bindung zwischen Kindern und Eltern ist die erste Verbundenheit, die Kinder in ihrem Leben verspüren und eingehen.

Daher ist davon auszugehen, dass diese Verbindung die wichtigste und prägendste im Leben jedes einzelnen Menschen darstellt, daher beschäftigt sich dieses Kapitel mit der „Bindung zwischen Kind und Eltern“ und zeigt deren Bedeutung auf. Beham und Wilk (1998) beschreiben die Relevanz und Besonderheit der Verbindung zwischen Kind und Eltern. Eltern sind für Kinder immer die an erster Stelle stehenden Bezugspersonen. Die Grundlage einer beständigen und verlässlichen Beziehung zu den Eltern bildet das Fundament für eine intakte Entwicklung des Kindes. (vgl. Beham & Wilk, 1998, S. 161) Bowlby (2008) befasst sich mit der speziellen Bindung zwischen Kind und Eltern und beschreibt diese. Eltern bilden im Normalfall das behütete Fundament, auf dem Kinder leben und sich entfalten können, sie haben die Möglichkeit außerhalb dieser geschützten Welt Erfahrungen zu sammeln und sich von dem geschützten Rahmen selbstständig zu entfernen, um eigene Erfahrungen zu machen, trotzdem haben sie die Option, bei dem Gefühl der Unsicherheit und dem Bedürfnis nach Sicherheit, zu den Eltern zurückzukehren.

Eltern haben die Aufgabe die natürlichen Bedürfnisse ihrer Kinder zu erfüllen und zu diesen zählen, beständiger Schutz und Hilfestellungen.

Die Besonderheit in dieser einzigartigen Verbindung besteht darin, dass Eltern eine besondere Sensibilität aufweisen und weiterentwickeln, um ihre Kinder zu fördern, zu unterstützen und nur dann einzugreifen, wenn es sich als notwendig erweist. Kinder verlassen diese Sicherheit nur aus diesem Grund, denn sie wissen, dass diese immer bestehend ist und die Rückkehr immer möglich ist. Die Häufigkeit und die Distanzlänge ist abhängig von dem Alter des Kindes, umso älter die Kinder werden, desto häufiger und langfristiger verlassen Kinder das elterliche Fundament.

Die Besonderheit und Bedeutsamkeit der Bindung zwischen Eltern und Kind wird dann deutlich erkennbar, wenn es durch eine Krankheit oder zum Tod der Mutter oder des Vaters kommt. Man kann dies daran erkennen, dass der Verlust der Stabilität der Kinder, Heranwachsenden und jungen Erwachsenen trifft, obwohl die Alterspanne weit auseinander liegt. (vgl. Bowlby, 2008, S. 9) Bowlby (2008) differenziert zwischen „Bindung“ und „Bindungsverhalten“. Eine

tatsächliche „Bindung“ gehen Kinder nur mit einer geringen Anzahl von Personen ein, gekennzeichnet ist eine solche Bindung, durch das Vertrauen und die Sicherheit, die Kinder in dieser Bindung, durch die betroffene Person erhalten. Kinder legen ihre Probleme und Befürchtungen unter normalen Umständen immerzu der gleichen Persönlichkeit dar, dies ist in den meisten Fällen die Mutter.

Tritt die Situation ein, dass die Mutter oder die Bezugsperson nicht gegenwärtig ist, ergreifen Kinder die Möglichkeit einer anderen Person, die sie gut kennen, über ihre Beunruhigungen zu berichten, jedoch ist bekannt, dass sich Kinder nur in Ausnahmefällen an eine freundliche Unbekannte wenden. Eine aktive oder passive Verbindung erkennt man daran, dass das Kind zu bestimmten Menschen die Nähe sucht. Gekennzeichnet ist das Verhältnis durch Permanenz, Beständigkeit und Situationsautonomie.

Zum „Bindungsverhalten“ zählen hingegen auch jene Faktoren, die signifikant für die Bildung von „Nähe“ und auch über die „Verhaltensweise“ Aufschluss geben. (vgl. Bowlby, 2008, S. 22) In welchem Sinn Bindungsverhalten zu begreifen ist, wird mit nachfolgendem Zitat noch einmal verdeutlicht; *„Unter „Bindungsverhalten“ verstehe ich jegliches Verhalten, das darauf ausgerichtet ist, die Nähe eines vermeintlich kompetenteren Menschen zu suchen oder zu bewahren, ein Verhalten, das bei Angst, Müdigkeit, Erkrankung und entsprechendem Zuwendungs- oder Versorgungsbedürfnis am deutlichsten wird.“*

(Bowlby, 2008, S. 21)

Rolle des Kindes in der Familie

Beham und Wilk (1998) beschreiben die Position des Kindes in der Familie. Das Kind nimmt im Normalfall in der Familie einen besonderen Platz ein, die Wünsche des Kindes werden als wichtig erachtet und die Erfüllung der Interessen des Kindes ist eine zentrale Funktion der Familie. Die Familie ist bestrebt, die Selbstständigkeit der Kinder zu fördern, dies kann nur durch eine Reihe von Maßnahmen erfüllt werden: Kinder als selbstständige Personen wahrnehmen und anerkennen; Eingehen auf die kindlichen Interessen und Wünsche; Unterstützung der Kinder, in ihren Begabungen und der natürlichen Kompetenz; Ausreichend Platz für die kindliche Entwicklung lassen und Raum dafür schaffen; (vgl. Beham & Wilk, 1998, S. 163)

Kommunikation in der Familie

Dieser Abschnitt beschäftigt sich mit der Kommunikation innerhalb der Familie, auf die Grundtheorie wird wissentlich an dieser Stelle nicht eingegangen, da dies in diesem Rahmen keinen Sinn machen würde. *„Kommunikation ist ein Grundbedürfnis des Menschen und setzt sich zusammen aus Prozessen des Wahrnehmens, des Denkens, der Emotion und der Motivation. Diese Interaktion zwischen Menschen erfolgt sowohl verbal als auch nonverbal. Das heißt, Kommunikation umfasst mehr als nur den sprachlichen Austausch von Informationen. In ihr drücken sich Beziehungen zwischen Menschen aus.“* (Rohrbach, 2006, S. 23) Es lässt erkennen, dass Kommunikation permanent stattfindet und der Versuch, “nicht zu kommunizieren“ unmöglich ist, dies bezieht sich auf alle menschlichen Beziehungen und Lebensbereiche. Die Kommunikation innerhalb der Familie besitzt einen hohen Stellenwert.

Im Beitrag von Klöckner et al. (2004) kann man sehr gut erkennen, wenn Kinder die Möglichkeit haben, über ihre Erfahrungen im Alltag, Schwierigkeiten und ihren Erfahrungen in der Schule mit ihren Eltern frei zu kommunizieren, wirkt sich dies positiv auf das Befinden in der Familie aus. Auf der anderen Seite, umso wohler sich ein Kind in seiner Familie fühlt, desto leichter fällt es ihm, mit seinen Eltern zu kommunizieren. (vgl. Klöckner et al., 2004, S. 138) Versucht man die Welt mit den Augen der Kinder zu betrachten, wird man erkennen, dass Kinder eine spezielle Sensibilität im Bezug auf die familiäre Kommunikation aufweisen. Gnass (2006) geht auf die Relevanz der Kommunikation mit Kindern ein. Kinder sagen, dass die nicht erkrankten Erwachsenen in der Familie, mit den Kindern in einer Krise, unzureichend kommunizieren. Daher kann man erkennen, dass für die kleinsten der Familien, die Kinder, es in dieser schweren Zeit zu einem spürbaren Defizit in der Verständigung mit den übrigen Erwachsenen der Familie kommt. (vgl. Gnass, 2006, S. 405)

Kuzdas (2001) zeigt auf, dass Kinder das Recht haben, dass ihre Eltern mit ihnen aufgeschlossen und aufrichtig kommunizieren und ihnen Auskunft geben (vgl. Kuzdas, 2001, S. 21).

Daran kann man erkennen, dass es für Kinder von größter Wichtigkeit ist, wenn man ihnen die Wahrheit sagt und für ihre Fragen offen ist und ihnen dies ebenso vermittelt. Noack (2001) kennzeichnet das System Familie als einen Ort der zwischenmenschlichen Verständigung, diese erfolgt innerhalb der Familie und schließt alle Familienmitglieder mit ein. Die Kommunikation erfolgt wie in jedem anderen System verbal und non-verbal, durch diese Verständigung entwickeln sich auch Umformungen in der Familie. Beeinflussende Elemente kommen nicht ausschließlich aus dem System der Familie, auch die Gesellschaft ist ein einwirkender Aspekt, auf die Kommunikation innerhalb der Familie. Durch Dialoge entwickeln sich spezifische

Verhaltensweisen, die autonom entstehen und sich unbemerkt wiederholen. Die Auffassung der eingelangten Mitteilungen ist abhängig von vielen Faktoren, beeinflussend wirkt der Inhalt der Nachricht die Art der Mitteilung und die Umgebung. Das Verhaltensmuster gegenüber anderen Personen lässt sich auf die spezifisch entwickelten Verhaltensweisen zurückführen, der Umgang innerhalb und außerhalb der Familie ist davon geprägt. Die Familie als System verfügt über eine weitere Eigenart, jede Person nimmt eine bestimmte Rolle ein, in Verbindung mit Erwartungen, Verpflichtungen und Aufträgen, die erfüllt werden sollen. Eine bestimmte Rolle kann sich nur durch die Existenz der anderen Familienmitglieder entwickeln und bestehen bleiben. Betrachten wir die Vaterrolle, diese wird in der klassischen Konstellation dann eingenommen, wenn die Zusammensetzung Partnerin oder Ehefrau in Verbindung mit zumindest einem Kind gegeben ist, in dieser Gegebenheit nimmt der Mann zu der Vaterrolle ebenfalls die Rolle des (Ehe) Partners ein. Die Erwartungshaltung bezieht sich nicht auf eine Person, je nach Rolle gibt es spezielle Erwartungen an die einzelnen Familienangehörigen und diese wiederum an einem. Durch die verteilten Positionen innerhalb der Familie können Kontroversen entstehen, da die Rollen außerhalb des Systems nicht identisch sind und es dadurch zu Rollenkonflikten kommen kann. (vgl. Noack, 2001, S. 170–172)

Man kann erkennen, welchen wichtigen Rückzugsort die Familie darstellt, die Kommunikation erfolgt nicht ausschließlich über Schwerpunkte der Familie, sondern ist ein relevanter Ort zum Dialog über Ereignisse, Erfahrungen und Probleme außerhalb des Familiensystems. An diesem sicheren Ort schafft die Kommunikation Problemlösungen, Verarbeitung von Erfahrungen und Vorbereitung auf Situationen im Leben der Kinder, in und außerhalb der Familie. Durch die Rollenzuteilung, innerhalb des Systems, lernt man auch Rollen in der Gesellschaft anzunehmen und diese individuell zu verkörpern. Lewandowski (1992) geht auf die entscheidende Rolle in der Kommunikation ein, die der Pflegeperson zuteil kommen kann. Wenn Informationen fehlen oder Erklärungen nicht kindgerecht verständlich gemacht werden, kann es leicht dazu führen, dass diese Phantasien entwickeln, die mit der Realität nicht übereinstimmen. (vgl. Lewandowski, 1992, S. 578)

2.7. Struktur und Netzwerk der Familie

Die Familie weist eine einzigartige Struktur und Netzwerk auf, man kann daher erkennen, dass die Familie eine große Anzahl von Funktionen erfüllt, dies wird in diesem Abschnitt belegt. Die Familie hat als gesellschaftliches Netzwerk einen großen Wert, die Relevanz von solchen

Geflechten, beschreibt folgendes Zitat. *„Soziale Netzwerke tragen durch die soziale Unterstützung für ihre Mitglieder also dazu bei, Belastungen, Belastungsreaktionen und –folgen zu prävenieren, zu kurieren und zu rehabilitieren.“* (Nestmann, 1997, S. 214)

Ein Geflecht verfügt über kleinste Teile und ist daher als Netzwerk nicht immer deutlich erkennbar, und erst bei genauerer Betrachtung, als ein verflochtenes System in Erscheinung tritt. Das familiäre Netzwerk weist unterschiedliche Funktionen auf, die teilweise nur von der Familie erfüllt werden können. Die bildhafte Darstellung des Begriffs: *„Soziale Netzwerke sind Geflechte sozialer Beziehungen zwischen einer bestimmten Anzahl von Menschen. Im Bild des sozialen Netzwerks sind wie in einem Fischernetz die Knotenpunkte- die einzelnen Personen oder Netzwerkmitglieder- durch das Garn mit anderen Knotenpunkten- anderen Personen- verbunden.“* (Nestmann, 1997, S. 213)

Nestmann (1997) zählt die Familie zu den kompakten Geflechten der Gesellschaft, die Verbindungen bestehen zu Personen, die einem persönlich vertraut sind. Man kann die Familie als Netz erleben, die ihre Pflichten gewissenhaft und bindend bewältigt.

Funktionen der Familie: Schutz, Hilfestellung, Kenntnisnahme von Schwierigkeiten, Einflussnahme um Schwierigkeiten zu beheben, Umsorgen, Versorgen, Pflegen und Betreuen der Familienmitglieder. (vgl. Nestmann, 1997, S. 219)

2.8. Aufgaben der Familie

Wie im Teil „Struktur und Netzwerk der Familie“ schon zu erkennen ist, verfügt die Familie über umfangreiche Funktionen. Die Familie erfüllt durch ihre Existenz Aufgaben, die der Gesellschaft, insbesondere den Kindern und der Pflege von großem Nutzen sind.

Dieser Abschnitt geht auf die Aufgaben der Familie ein und zeigt deren Relevanz auf. Beham, Gössweiner und Gross (Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend) (1999) beschreiben im *„Österreichischen Familienbericht“* die wichtigsten Aufgaben der Familie der Gegenwart. In der Gegenwart zählen folgende Aufgaben zu den wichtigsten der Familie: Betreuung des Haushaltes, Raum für Entspannung, Raum für geistiges und körperliches Wohlbefinden, Fortpflanzung, Raum des Zusammenhaltes, Möglichkeit des Schutzes, Strukturleistung, Managementleistung und Raum der Unterstützung. (vgl. Beham et al., 2000, S. 61) Die Gesellschaft hat eine große Zahl an Ansprüchen an die Familie, die von den einzelnen Familien in unterschiedlichem Ausmaß erfüllt werden.

Burkart (2008) beschreibt klar die Anforderungen und Aufträge an die Familie. Anforderung und Auftrag einer modernen Familie sind: Sozialisierung, Fortpflanzung, Einordnung in eine soziale Schicht und Soziale Reproduktion (vgl. Burkart, 2008, S. 140–144).

Die Familie ist in der einzigartigen Position auf Kinder in besonderer Weise einzugehen, deren Bedürfnisse und Wünsche zu erfüllen.

Giesecke (2004) beschäftigt sich mit dem Begriff Familie und deren Funktionen. Die Familie ist für Kinder von großer Relevanz, man kann auch behaupten, dass die Familie als Sozialform einzigartig ist.

Die Familie ist ein Bereich, in dem es zu zweckmäßigem Lernen kommt. Wenn Kinder die Möglichkeit haben in einer geborgenen Familie aufzuwachsen, dort geliebt und in allen Bereichen gefördert zu werden, wirkt sich das positiv auf ihr Leben aus. Die Familie ist der einzige Ort, an dem es in unserer Kultur möglich ist, die Wünsche und fundamentalen Basisbedürfnisse eines Menschen, wie Liebe, das Gefühl der Geborgenheit, Akzeptanz der Person und der positive Glaube an Menschen zu erfüllen. In keinem anderen Bereich können Kinder über das Leben hinweg diese Erfahrungen machen und davon lernen. Eine weitere Funktion, welche die Familie übernimmt, ist den Kindern das normale Verhalten in der Gesellschaft und im Umgang mit anderen Menschen zu lernen. Diese Normen unterscheiden sich und sind abhängig von der Kultur und der Gesellschaft, in der ein Kind lebt und aufwächst. Kinder lernen von Eltern die grundlegendsten Elemente des Lebens. Der Umgang der Eltern miteinander ist wesentlich, ist der gemeinsame Umgang respektvoll, werden Kinder auch mit anderen Menschen achtungsvoll umgehen. Erleben die Kinder, dass die Eltern gegenüber anderen Menschen und deren Anschauungen respektvoll sind und diese akzeptieren, werden sie ebenso handeln. Die Kultur und die Wertigkeiten der Eltern werden an die Kinder vermittelt. Ein weiterer Faktor ist die Haushaltsführung, werden die Aufgaben im Haushalt aufgeteilt, haben die Kinder auch einen Part zu erledigen und wie wird ihnen diese Pflicht mitgeteilt. Wenn es zu Ausnahmesituationen in der Familie kommt, in welcher Art und Weise reagieren die Familienmitglieder, stellt sich der Umgang untereinander dar und wie bewältigt die Familie diese Ausnahmesituation. Diese und weitere Faktoren prägen das Kind durch die Welt „Familie“. Die Familie hat sich weiter entwickelt, sie ist offener geworden, Kinder haben die Möglichkeit ihre Freizeitgestaltung nicht ausschließlich innerhalb der Familie zu verbringen, die Freizeit wird mit anderen Kindern im gleichen Alter auch außerhalb der Familie verbracht. Durch die steigende Berufstätigkeit beider Elternteile kommt es neben denen der Kinder zu weiteren Erfahrungen, die in die Familie einfließen. An diesem Ort werden die Erfahrungen im Vertrauen erörtert und die

Auffassungen diskutiert. Ein weiterer relevanter Faktor, der sich durch das ganze Leben eines Menschen zieht, ist die Zusammengehörigkeit der Familie, egal, in welcher Situation sich die Familie befindet. (vgl. Giesecke, 2004, S. 116–118) Die Familie hat die Möglichkeit in allen kindlichen Lebensbereichen einzugreifen und gewährleistet so die kindliche Existenz. Umso genauer man dies betrachtet, desto deutlicher ist deren Relevanz, „[...] *Die Familie (nun als soziales System) übernimmt organische und psychische Überlebensfunktionen für diese Kinder [...] Dabei sind es i. Allg. die Mitglieder der Haus- und Lebensgemeinschaft, die diese, das physische Überleben des Kindes sichernden Funktionen übernehmen.*“ (Simon, 2000, S. 143)

Für Pflegepersonen nimmt die Familie einen wichtigen Stellenwert ein, die Angehörigen nehmen eine entscheidende Rolle ein und können auf den Krankheitsverlauf einer Patientin großen Einfluss haben, dies stellt das nachfolgende Zitat dar. *"Die Familie kann in einem Krankheitsprozess stützend oder auch belastend sein."* (Greif & Hoffmann, 1999, S. 483)

Außerdem verfügt die Familie über die Kompetenz der eigenständigen Strukturfähigkeit.

Egidi und Boxbücher (1996) beschreiben die Kompetenz des Familiensystems. Einzelpersonen, gesellschaftliche Verbindungen, Gruppierungen und Familien zählen zu Systemen, diese nutzen ihre Ressourcen, um ihr Fortbestehen sichern zu können, dies ist nur realisierbar, wenn die Architektur des Systems über die Fähigkeit verfügt, sich auf die einwirkenden Einflüsse einzustellen. Durch die flexible Einstellungsmöglichkeit besteht die Möglichkeit, Permanenz und Zuverlässigkeit zu bewahren. Abweichende Begebenheiten in einem vertrauten Familiensystem können zu einer Umbildung in diesem System führen. Dies kann in der Familie dazu führen, dass eine Familienangehörige oder die komplette Familie, diese Situation als schwierig bewertet, und die Gegebenheit einer Krise gleichstellt.

Die Familie verfügt über die Fähigkeit, durch die eigenen Strukturen und Ressourcen Probleme zu bewältigen und mit veränderten Lebenssituationen zu Recht zu kommen. (vgl. Egidi & Boxbücher, 1996, S. 19–20)

2.9. Ressourcen der Familie

Die Familie weist verschiedene Ressourcen auf, die insbesondere beim Auftreten einer Erkrankung nützlich sein können. Bei „Ressourcen der Familie“ wird darauf Bezug genommen und aufgezeigt, weshalb es so wichtig ist, dass die Pflege dies erkennt, um die Möglichkeit zu haben auf den besonderen Ressourcen der Familie aufzubauen.

Stärke der Familie

Friedemann und Köhlen (2003) beschäftigen sich unter anderem mit „Propositionen zum Konzept Familie“, daraus kann man die Ressourcen der Familie, im Bezug auf eine Krankheit gut darstellen. „*Familie*“ versucht den Sinn des Lebens zu vermitteln; schafft Normen; gibt Geborgenheit und Schutz; ist ein Rückzugsort; strahlt Verbundenheit aus; leistet Hilfestellung und Beistand; ist Beständigkeit; versucht zu ermutigen; sorgt für Harmonie und Ausgeglichenheit; bedeutet Zusammengehörigkeit und betreibt wichtige zwischenmenschliche Verständigung. (vgl. Friedemann & Köhlen, 2003, S. 36–45) Lenz (2008) befasst sich in seinem Buch mit der Thematik „Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern“ und geht daher auf die Ressourcen der Familien ein. Die Familie ist das bedeutsamste soziale- gefühlsmäßige Netzwerk, in dem Verbindungen bestehen und Ressourcen bereitgestellt werden.

Zu diesen Ressourcen zählen: Unterstützung, Hilfestellungen, behütete Verbindung, Geborgenheit, Sicherheit, Gewährleistung des Lebensunterhaltes, Unterstützung und Bestärken im Bezug auf das Kennenlernen von Neuheiten und die Zuwendung auf der emotionalen Ebene, die erst durch die Eltern ihre Wirkung voll entfalten.

Die Geschwister nehmen ebenfalls eine sehr wichtige Position ein, da Kinder in der Beziehung zu ihren Schwestern und Brüdern Erlebnisse und Kenntnisse auf der Gefühlsebene und im Lernprozess sammeln. (vgl. Lenz, 2008, S. 96) Nur die Familie verfügt über so eine große Anzahl an Ressourcen, die bei der Bewältigung von einer Krankheit eines Familienmitgliedes von großer Relevanz ist und die Betroffene und deren Familienangehörigen in unterschiedlichen Bereichen unterstützen kann. Kinder finden in ihrer Familie eine Stütze und finden sich dadurch in anderen Lebenslagen zu recht und können diese besser bewältigen. Insbesondere für Kinder ist die Familie der Mittelpunkt des Lebens: *"Einer der wichtigste Bezugs- und Orientierungspunkt für jüngere Kinder bleibt jedoch die eigene Familie."* (Klößner et al., 2004, S. 130)

Einfluss der Familie auf Gesundheit und Krankheit

Gerhardt (1989) beschäftigt sich in ihrem Beitrag mit der „Familie und Krankheit“.

Die Familie beeinflusst die Gesundheit ihrer Angehörigen, sie ist in der Lage, positiv auf Krankheitsverlauf, Genesung und Prävention einzuwirken. (vgl. Gerhardt, 1989, S. 559)

Erkrankt eine Person und ist stationär im Krankenhaus aufgenommen, benötigt diese Unterstützung von nahestehenden Menschen, dies können Angehörige unter anderem bei den Besuchen leisten, es wurde belegt, *"[...] dass die Befragten die Anwesenheit der Angehörigen*

als "überlebenswichtig" erlebt haben (und weniger als "Besuch") [...]“ (Abt-Zegelin, Juchems, Laible & Mayer, S. 1) Weiters haben Familienangehörige einen positiven Einfluss auf die Verarbeitung einer bestehenden Krankheit. Die Bedeutung der Angehörigen bei unterschiedlichen Erkrankungen greifen Nestmann und Wehner auf. „In unterstützende Netzwerkbeziehungen eingebettete Menschen zeigten sich gesünder, weniger belastet und weniger krankheitsanfällig. Die bessere Bewältigung verschiedenster Krankheiten und deren Folgen wurde untersucht und bestätigt: Depressionen, psychosomatische Störungen, Ängste, aber auch Unfallfolgen, Kreislauferkrankungen, Krebs, verschiedene chronische Krankheiten, Arthritis, Aids, Multiple Sklerose, Alzheimer und viele andere mehr.“ (Nestmann & Wehner, 2008, S. 15)

2.10. Resümee

Die „Familie“ ist ein wichtiger, wenn nicht der wichtigste Faktor, den man bei der Zusammenarbeit mit Kindern in der Pflege betrachten, miteinbeziehen und berücksichtigen muss. Durch die Vertiefung mit der Thematik „Familie“, hat sich herauskristallisiert, dass für Kinder, die Familie der Mittelpunkt und die Beständigkeit in ihrem Leben ist.

Anhand der Darlegung der unterschiedlichen Definitionen des Begriffs „Familie“ ist zu erkennen, dass vermutlich keine Begriffsbestimmung besteht, die den gesamten differenten Disziplinen und facettenreichen Blickwinkeln gerecht werden kann. Gerade deshalb macht es Sinn, sich mit den abweichenden Darlegungen des Terminus „Familie“ zu beschäftigen, um die Schwierigkeit einer klaren und abgegrenzten Worterläuterung zu verstehen und nachvollziehen zu können. Das Vorhandensein der divergierenden Definitionen zeigt auf, dass die Auseinandersetzung mit der „Familie“ von großer Bedeutung ist.

Dies lässt erkennen, dass die Familie „heute“, unter anderem dadurch geprägt ist, dass keine Existenz der „wahren Form“ der Familie besteht, sondern dass die Formen der Familie sehr different sein können und auch kulturelle Unterschiede existent sind. Die eigene familiäre Struktur und das umgebene Netzwerk bedeuten für jedes Familienmitglied individuelle Normalität und Vertrautheit.

Wenn man mit Kindern und deren Familien arbeitet, heißt das für Pflegepersonen, die Familienform und Struktur der einzelnen Familien zu akzeptieren und zu erkennen, um Einblick

und Verständnis zu gewinnen. Ein weiterer Faktor ist, auch Personen außerhalb der Kernfamilie heute zu der Familie zählen können.

Wenn man den Blickwinkel ausschließlich auf Kinder richtet, stellt man fest, dass egal wie unterschiedlich die Struktur der Familie sein mag, dies für Kinder Normalität bedeutet und gleichzeitig verändern sich durch die Zusammensetzung der Familie und deren Familienangehörigen die Ressourcen der Kinder und deren Familien.

Die gesellschaftliche Veränderung hat das Leben der Familien geprägt und beeinflusst, dies wirkt sich besonders auf die Formen der Familie aus. Daher kann man erkennen, dass die Einbeziehung der Familienmitglieder ein relevanter und nicht zu vergessener Faktor ist. Man darf die Familie nicht auf die sogenannte Kernfamilie reduzieren, dies würde Personen im Leben der Kinder ausschließen, die ihnen großen Halt, Sicherheit und Rückzugsmöglichkeit geben können.

Die Familienformen in denen Kinder leben, sind so zu akzeptieren, wie sie sind, gleichgültig, wie diese Form sich zusammensetzt; „*Das moderne Kind hat zwei Kinderzimmer und acht Großeltern*“ (Mitterauer, 1997, S. 13)

Man kann sagen, dass die Familie sehr alt ist und in der Geschichte einen großen Wandel durchlaufen hat, jedoch ist die Familie immer einer der wichtigsten Strukturen gewesen, um das Überleben und den Schutz von Individuen zu sichern. Der knappe Einblick in den historischen Wandel der Familie zeigt, dass es in der Vergangenheit, immer wieder zu Veränderungen der Familie gekommen ist und dass dies mit großer Wahrscheinlichkeit auch für die Zukunft gelten wird. Die Familie weist eine Vielzahl von Besonderheiten auf, „Mittelpunkt im Leben“, „interfamiliäre Kommunikation“, „Wärme“, „Geborgenheit“, „Hilfestellung“ und „Schutz“, die gerade für Kinder von größter Wichtigkeit sind und Stabilität vermitteln. Bei der Betrachtung dieser Kennzeichen wird schnell klar, dass keine andere Institution oder System, die Wünsche und Bedürfnisse, von Kindern, in der gleichen Art und Weise abdecken und erfüllen können, wie die eigene Familie dies tut.

Die Familie hat einen hohen Stellenwert im Leben aller Menschen und beeinflusst wichtige Teilgebiete der Gesellschaft, für die meisten Menschen ist die Bedeutsamkeit der Familie sichtbar, jedoch ist dies in einigen Bereichen nicht auf den ersten Blick zu erkennen. Daher kann man daraus schließen, dass die Familie für das Leben jedes Individuums von spezieller Bedeutung ist, und sich gleichzeitig auf andere Lebensbereiche der Familienmitglieder und der Gesellschaft beeinflussend auswirkt. Da Eltern die wichtigsten Bezugspersonen der Kinder sind,

kann eine Trennung des Kindes von einem Elternteil zu einem traumatischen Erlebnis führen mit dem Fazit, dass es zu Ängsten auf der Seite des Kindes kommen kann.

Kinder nehmen eine ganz außergewöhnliche Position innerhalb der Familie ein, deren Bedürfnisse und Anliegen bedeuten für die Familie und insbesondere für die Eltern sehr viel, und im Normalfall wird alles daran gesetzt, diese zu stillen. Die Kommunikation innerhalb der Familie ist eine der besonderen Ressourcen der Familie, wenn jedoch die Welt der Erwachsenen erschüttert wird, sind diese leider oft nicht in der Lage mit Kindern in der Familie ausreichend und ideal zu kommunizieren. Selbst für Kinder ist die Veränderung der Kommunikation, in einer Krise, zwischen den Erwachsenen und ihnen spürbar.

Die Familie kann als ein außergewöhnliches Netzwerk betrachtet werden, das über besondere Fähigkeiten verfügt, um den unterschiedlichen Anforderungen gerecht zu werden. Außerdem kristallisiert sich heraus, dass die Familie nicht nur ein Geflecht ist, sondern auch selbst von einem Netz umgeben wird. Die Anforderungen, die an die Familie gestellt werden, sind teilweise unbewusst und auf der anderen Seite deutlich erkennbar. Familien erfüllen eine Anzahl an Bedürfnissen, die von keinem anderen System oder Institution in diesem Ausmaß befriedigt werden können.

3. Familienrelevante Theoretische Ansätze

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit “Systemtheoretische Ansätze“, “Kybernetik“, “Kommunikationstheorie“ und “Veränderungstheorie“ und schafft einen knappen Einblick in diese Thematik. Die Auseinandersetzung mit diesen Themen soll darauf aufmerksam machen, dass es von Relevanz ist, sich in der Pflege mit unterschiedlichen Ansätzen zu beschäftigen, um vernetztes Denken zu fördern.

3.1. Systemtheoretische Ansätze

In der Literatur findet man die Familie in unterschiedlichen Theorien und Einteilungen, wiederkehrend sind die Klassifizierungen „Institution“ und „System“. Da der systemische Ansatz in „Family Nursing“ von großer Relevanz ist und die Familie als System betrachtet wird, liegt der Fokus in diesem Abschnitt auf dem Familiensystem.

Daher erfolgt hier ausschließlich die Auseinandersetzung mit der Thematik des Familiensystems. Die Familie ist in ihrer Art, ein System, dass die Familienmitglieder in den Mittelpunkt stellt, und diesen Schutz bietet. Wie schon bereits erwähnt, beschäftigt sich dieser Teil mit dem System Familie, deren Funktionen, Aufgaben und Anpassungsfähigkeit. Wie wichtig es ist, einen Menschen zugegebenermaßen als Individuum zu sehen, aber gleichzeitig darauf zu achten, dass jeder Mensch mit anderen Personen verbunden ist und diese Tatsache nicht einfach zu ignorieren, macht das folgende Zitat begreiflich.

„Niemand geht irgendwo alleine hin, auch wenn er dort äußerlich gesehen alleine ankommen mag... Wir alle tragen die Erinnerung an zahlreichen Strukturen mit im Gepäck, unser Selbst ist voll von unserer Geschichte und von unserer Kultur.“ (Freire Paolo 1994, S.31, zit. nach McGoldrick et al., 2009, S. 25)

Die Familie als System aus Sicht der Pflegewissenschaft

Köhlen und Rička (2003) beschreiben, dass die Systemtheorie auf der Annahme beruht, dass alles auf der Welt von der minimalsten Bau- und Funktionseinheit von Organismen bis hin zum Kosmos, eine besondere Ordnung besitzt, diese könnte man als Systeme bezeichnen. Die Strukturen sind ineinandergreifend und verfügen über ein Muster, das aktiv ist und über eine Organisation verfügt. Dieses Muster weist einen Fokus auf, um dessen Mittelpunkt bewegen sich die Geschehnisse in einer bestimmten Regelmäßigkeit. Ihrem Umfeld gegenüber sind Systeme empfänglich, durch die Aufgeschlossenheit sind diese in der Lage Stoffe, Nachrichten, Kraft und

Vitalität aufzunehmen. Nach der Aufnahme kommt es zur Verwertung und zur Schaffung von Erzeugnissen. An das Umfeld können diese Ergebnisse unterschiedlicher Natur überliefert werden, wie Tätigkeiten, Wissen, Objekte, neue Ideen und Vorstellungen aber auch ein bestimmtes Auftreten kann ein Erzeugnis sein. Die Ergebnisse haben nun die Möglichkeit umliegende Systeme zu streifen und dadurch weiter gegeben zu werden, diese produzieren durch die Aufnahme und Verwertung ebenfalls Erzeugnisse, die wiederum an das erste System übermittelt werden. Man könnte diesen Mechanismus als ein Rückmeldungssystem betrachten, durch den ein fortlaufender Informationsstand besteht und demzufolge dieser jedes System informiert und auf jede Einheit Einfluss ausgeübt wird und es durch Produktionen zu immer weiteren Beeinflussungen kommt, die immer wieder zum ersten System zurückfließen und dann wieder auf alle anderen Strukturen einwirken.

Die Systemtheorie ordnet die Systeme in eine bestimmte Stufenordnung ein, dass bedeutet, dass solche Strukturen nach ihrem Ausmaß eingeteilt werden. Dies lässt sich bei der Betrachtung eines gesellschaftlichen Systems erkennen, das über nachrangige Systeme oder Subsysteme verfügt, in welchem der Homo sapiens die kleinste Einheit darstellt.

Ein System kann je nach Blickwinkel seine Größe und Charaktereigenschaft verändern, in einem Fall ist es ein großes System und von einem anderen Standpunkt aus zeigt es sich als Subsystem von einer anderen Struktur, diese Anschauung betrifft jede Einheit.

Man kann die Kennzeichen eines Systems nicht bewerten und nach ihrer Relevanz ordnen, denn jedes hat eine Aufgabe und kann ohne die Anderen die Funktion nicht erfüllen, da eine wechselseitige Abhängigkeit besteht. (vgl. Friedemann & Köhlen, 2003, S. 23–24)

Charakteristik

Zu den theoretischen Grundlagen des „Family (Systems) Nursing“ zählen die Systemtheorie, auf die Kean und Gehring (2001) eingehen und auf deren Wurzeln hinweisen.

Ein System weist folgende Merkmale auf:

„[...] allgemeinen Eigenschaften von Systemen zu beschreiben, die grundsätzlich Gültigkeit für alle Systeme haben (v. Bertalanffy 1950, 1969).

Die von ihm beschriebenen System-eigenschaften umfassen:

- *Ganzheit (wholeness)*
- *Offenheit (openness)*
- *Feedback*
- *Homöostase (homeostasis)*

- *Kontingenz (equifinality)*
- *Grenzen (boundaries)*
- *und der Umwelt (environment).*“ (Kean & Gehring, 2001, S. 34)

Kean und Gehring (2001) beschreiben das System der Familie so:

Ein periodisches in Wechselbeziehung stehendes Schema und eine Organisationskonstruktion.

Es ist nicht mit seinen einzelnen Elementen zu vergleichen und diese stehen nicht in Konkurrenz zueinander, die Charaktermerkmale und Besonderheiten die sich herausbilden, unterscheiden sich von den der einzelnen Familienmitgliedern. Zwischen den einzelnen Teilstücken besteht eine korrelative Vernetzung, daher unterliegen sie einer fortbestehende Beeinflussung. Jegliche Modifizierung und Abwandlung eines Teiles hat Einfluss auf alle anderen Elemente, unterschiedslos, ob es ein großes oder kleines Teilstück des Systems ist.

Die eben angeführte Darstellung des „Familiensystems“ zeigt, dass es gerade in der Pflege sinnvoll ist, sich mit dem System auseinanderzusetzen, die Vertiefung in diese Thematik verhilft zu synchronisierten Überlegungen zu kommen und die betreffende Familie zu durchleuchten. In dieser Relation ist die zwischenmenschliche Verständigung in dieser Struktur von großer Relevanz, daher ist die Kybernetik in ihrer Anschauung nicht wegzudenken. Die Kybernetik beschäftigt sich mit Informationsaustausch und Beherrschung innerhalb eines Systems. (vgl. Kean & Gehring, 2001, S. 36–37)

Familiensystem im Zentrum der Familienzentrierter Pflege

Wright und Leahey (2009) nehmen die Metapher von Allmond et. al (1979) auf, wenn sie meinen, dass man versuchen soll, das Familiensystem mit einem Mobile zu vergleichen.

Der Versuch sollte gemacht werden, sich vor dem inneren Auge ein Mobile mit mehreren Elementen vorzustellen, das am Plafond fixiert ist. Das System befindet sich in einer Ausgeglichenheit und trotz dieser Stabilität sichtbar in Bewegtheit. Einige Teile von dem Mobile drehen sich schwach und andere dagegen sind stärker in Bewegung, bei genauerer Betrachtung scheinen sich andere Glieder nicht aktiv zu bewegen, sondern nur anzupassen. Gelangt durch ein Fenster ein Windstoß zu dem Mobile, beeinflusst diese Einwirkung das gesamte System, manche Elemente sind stärker betroffen und daher auch schneller in ihrer Bewegung, andere dagegen bewegen sich ruhiger. Von dieser Einwirkung kann sich kein Glied befreien, es kann dazu kommen, dass einige Elemente ihr Gleichgewicht nicht mehr finden und es zur Beeinflussung des gesamten Systems kommt. Nach einiger Zeit fängt sich das System und gewinnt wieder an

Stabilität dies kann nur zustande kommen, wenn sich die Tendenz der einzelnen Teile ändert. Die Distanz und die Verbundenheit haben sich nach dem Windstoß verändert und haben Einfluss auf das gesamte Mobile. Auch die vertikale Stufenordnung hat eine entscheidende Funktion (vgl. Wright & Leahey, 2009, S. 47–48).

Kean und Gehring beschreiben wie sich die Elemente beeinflussen können; *„In der Systemtheorie wird davon ausgegangen, dass jede Aktion eine Reaktion in der Umwelt hervorruft, völlig unabhängig davon, ob es sich dabei um eine chemische, physikalische oder soziale Aktion handelt.“* (Kean & Gehring, 2001, S. 33)

Wright und Leahey (2009) gehen bei der Beschreibung des Familiensystems außerdem auf fünf relevante Konzepte ein und erläutern diese Fünf, da es sich um die bedeutsamsten im Bezug auf die Tätigkeiten mit Familien handelt, werden diese herangezogen. Die Systemtheorie verfügt über weitere Konzepte, auf die hier aber nicht eingegangen werden.

Erstes Konzept:

"Das System der Familie wird als Element größerer Suprasysteme gesehen und wird aus einigen Subsystemen zusammengesetzt."

Wenn man die Familie als ein System sieht, kann diese in mehrere Bereiche innerhalb der Struktur eingeteilt oder aufgeteilt werden, in diese Einteilung fallen die Familienmitglieder hinein, wie zum Beispiel, Mann und Frau, Kind, Mutter und Vater oder Schwester und Bruder. Diese Bereiche sind wiederum aus spezifischen Subsystemen zusammengesetzt.

Betrachtet man die Familie, ist zu erkennen, dass die Familie anderen Suprasystemen angehört, dies könnte zum Beispiel die Nachbarschaft oder ein Verein sein.

Ein solches System lässt sich bildhaft durch einen Kreis darstellen, dieser beinhaltet unterschiedliche Bausteine, zwischen den Teilen besteht eine Vernetzung, die man sich durch Verbindungslinien deutlicher sichtbar machen kann. Außerhalb des Kreises lassen sich die restlichen Teile erkennen, die dort ihren Platz einnehmen und den größeren Zusammenhang bilden und ebenfalls Einfluss auf das Familiensystem ausüben. Jedes System hat seine Barriere, durch welche transparent wird, welche Personen sich in einem Familiensystem innerhalb oder außerhalb der Familie befinden. Diese Abgrenzung hat Sinn und muss im Gleichgewicht sein, wenn eine Familie sich von ihrem Umfeld isoliert, kann dies negative Auswirkungen haben, aber auch fehlende Grenzen sind nicht immer von Vorteil und können sich auf die Individualität der Familie auswirken, da Einflüsse von außen ohne Hinterfragen aufgenommen werden.

In der Pflege kann dieses Konzept dazu beitragen, das System einer Familie anschaulich darzustellen, die Familienmitglieder in ihrer wahrhaftigen Rangordnung wahrzunehmen und die Abgrenzung der Familie zu erkennen. Durch die Auseinandersetzung mit Barriere und Position der Familienmitglieder kristallisieren sich die Möglichkeiten und Ressourcen der Familie heraus. Durch diese Erkenntnis ist es für die Pflege möglich, bewusster und gezielter mit der Familie zu arbeiten und verhindert mögliche Problemsituationen. (vgl. Wright & Leahey, 2009, S. 48–49)

Die folgende Abbildung ist eine Darstellung an der Anlehnung von Wright und Leahey (2009) „Die Familie und ihre Beziehung zu anderen Systemen.“

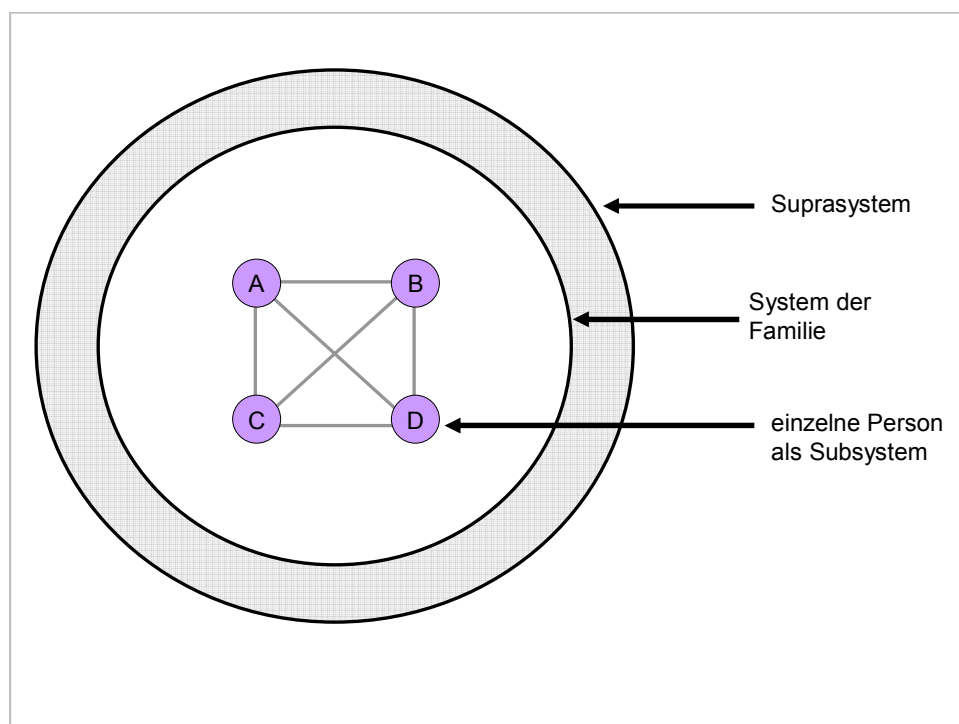


Abbildung 1: „Die Familie und ihre Beziehung zu anderen Systemen.“; Quelle: Wright & Leahey, 2009, S. 49;

Wright und Leahey (2009) stellen ein weiteres Konzept dar, das im Rahmen der Systemtheorie und im Bezug auf die Arbeit und Tätigkeiten mit Familien maßgebend ist.

Zweites Konzept:

„Betrachtet man die Familie aus dem Blickwinkel der Systemtheorie, erscheint die Familie als Gesamtheit größer als die Gesamtzahl der einzelnen Elemente.“

Hier liegt große Bedeutung bei der Familie als Gesamtheit, einzelne Angehörige der Familie können erst durch die Betrachtungsweise der Familie als System tatsächlich begriffen und

eingeschätzt werden. Durch die Betrachtung der ganzen Familie ist es möglich die differenten Aufgaben und Anforderungen der einzelnen Personen in der Familie zu erkennen, und im Kontext der Gesamtheit der Familie abzuschätzen. (vgl. Wright & Leahey 2009, S. 49–50)

Wright und Leahey (2009) gehen bei der Veranschaulichung des dritten Konzepts auf die Einwirkung der einzelnen Elemente auf die restlichen Glieder ein.

Drittes Konzept:

„Wenn es zu Umformung eines Gliedes der Familie kommt, betrifft diese Änderung nicht nur das betroffene Individuum, sondern wirkt sich auf alle anderen Personen der Familie ebenfalls aus.“

In diesem Konzept zeigt sich deutlich, dass ein Ereignis, Erfahrung oder Erkrankung einer Familienangehörigen, entscheidende Auswirkungen auf den Rest der Familie hat.

Wenn ein Elternteil erkrankt, kann es zu großen Veränderungen der gesamten Familie kommen, die Funktionen und Rollenverteilung kann sich verändern und Rangordnung in bestimmten Situationen, Rollen und Aufgaben müssen neu vergeben werden. Eine Lebenserfahrung für eine einzelne Person der Familie kann die einzelnen Angehörigen näher bringen oder voneinander entfernen lassen. Ein relevanter Faktor ist, dass die Mitglieder der Familie nicht mehr so agieren und ihre Verhaltenweise nicht mehr der traditionellen gleicht. In der Pflegepraxis kann die Pflegeperson ausfindig machen, welche Verhaltensweisen entstehen, wenn bestimmte Maßnahmen oder Veränderungen gesetzt werden. (vgl. Wright & Leahey, 2009, S. 50–51)

Wright und Leahey (2009) stellen im vierten Konzept die außergewöhnlichen Fähigkeiten des Familiensystems dar.

Viertes Konzept:

„Die Familie verfügt über besondere Kompetenz bei Neuerung in der Familie, eine Homöostase aufzuweisen, die das Gleichgewicht zwischen der Vertautheit und Fertigkeit und Neuem herstellt.“

Im vierten Konzept stellt man dar, dass Familien in der Lage sind, mit Veränderungen zu Recht zu kommen. Dies bedeutet, dass die Familienstruktur sich neu entwickelt und formt, wie dies bei der Erkrankung eines Familienmitgliedes zutrifft, welche in eine beständige Krankheit übergeht, der Fall ist. Durch die Umstrukturierung erlangt die Familie einen neuen ausgewogenen Zustand zwischen Umgestaltung und Beständigkeit. Pflegepersonen, die mit dem Schwerpunkt

„familienzentrierte Pflege“ arbeiten, können mit wachsender Erfahrung, in Familien dessen Zustand erkennen. (vgl. Wright & Leahey, 2009, S. 51)

Im letzten Konzept beschreiben Wright und Leahey (2009), dass die Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester umdenken muss.

Fünftes Konzept:

„Die Verhaltensweise von den Familienangehörigen ist besser zu erklären, wenn man auf die periodisch wiederkehrende Ursächlichkeit achtet“

Es wird hier darauf eingegangen, dass geradliniges Denken in der familienzentrierten Pflege nicht der passende Ansatz ist. Die Familie selbst wird mit ihrer Lage besser umgehen können, wenn diese auf periodisch wiederkehrender Ursächlichkeit achtet, das heißt, dass man erkennt, wenn man als einzelnes Familienmitglied eine Handlung ausführt, hat diese auf eine oder auf andere Mitglieder einen Einfluss, dies kann man als „periodisch wiederkehrende Ursächlichkeit“ bezeichnen. (vgl. Wright & Leahey, 2009, S. 51–53)

Folgende Abbildung stellt das fünfte Konzept bildhaft dar, um besseres Verständnis zu erlangen, es ist eine Darstellung an der Anlehnung von Wright und Leahey (2009)

„Zirkuläres Muster einer unterstützenden Beziehung.“

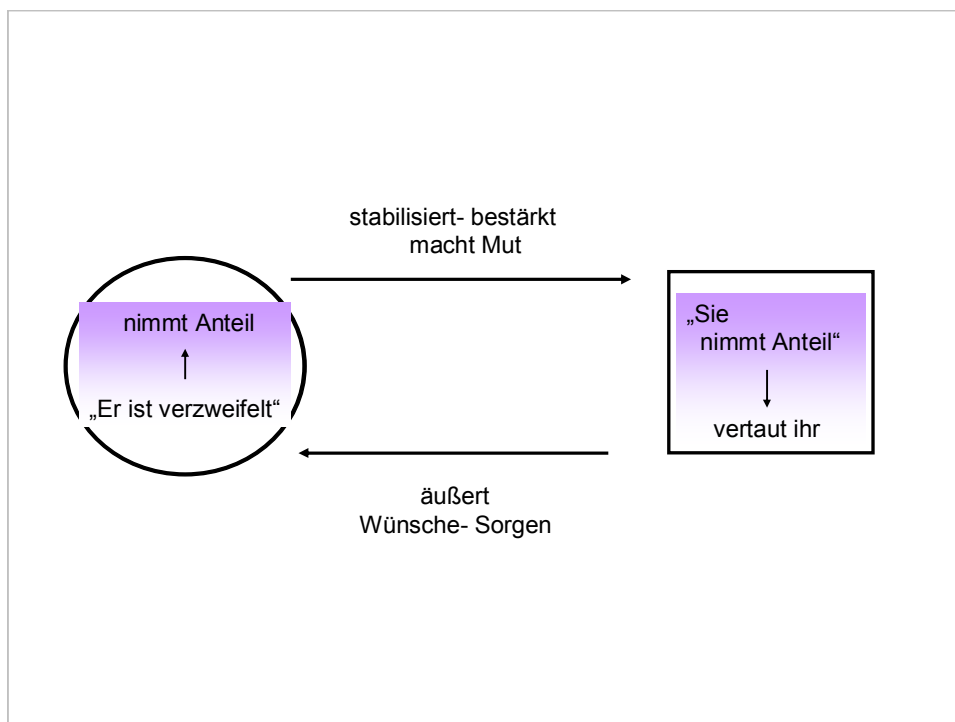


Abbildung 2: „Zirkuläres Muster einer unterstützenden Beziehung.“; Quelle: Wright & Leahey , 2009, S. 137;

Die Familie als System aus Sicht der Soziologie

Erler (2003) geht auf die soziologische Perspektive der Systemtheorie ein, in der die Familie als ein System eingeordnet wird, dass die Familie in den Mittelpunkt stellt. Das System Familie ist wiederum in das System Gesellschaft eingebettet, trotz dieser Einbettung in die Gesellschaft ist das System Familie selbstständig.

Es besteht eine Balance innerhalb des Systems Familie und eine gleichzeitige Interaktion mit dem System Gesellschaft. Die Familie beschäftigt sich mit Aufgaben in der Familie, diese sind umfangreich und die Verteilung der Aufgaben wird auf verschiedene Familienmitglieder aufgeteilt. Der Schwerpunkt in einer Familie liegt nie auf einem einzelnen Familienmitglied. Die Familie muss sich aber auch mit der Gesellschaft auseinandersetzen und wird auf manchen Sektoren von der Gesellschaft beeinflusst und bestimmt. Die Familie bestimmt ihr Leben innerhalb der Familie, dies bezieht sich auf alle Lebensbereiche. Jede Familie bestimmt ihre Freizeitbeschäftigung nach ihren Wünschen und Bedürfnissen ganz individuell, die von den persönlichen Ressourcen bestimmt werden.

Die Gesellschaft hat trotzdem Einfluss auf das unabhängige System Familie, denn die Gesellschaft erbringt Leistungen und Angebote, auf die die Familie aufbauen oder zurückgreifen kann. Es ist wesentlich welchen Lohn man für seine Erwerbstätigkeit erhält, welche Bildungsmöglichkeiten bestehen, wie das Gesundheitssystem strukturiert ist, welche Wohnmöglichkeiten und Umweltbedingungen von der Gesellschaft geleistet und zugänglich gemacht werden. Eine Familie baut ihr individuell angepasstes privates System und Umfeld auf, jedoch sind die Möglichkeiten je nach Gesellschaft unterschiedlich. Es erfolgt eine gewisse Anpassung der Familie, ein Beispiel wäre die Schulpflicht, Eltern müssen der Schulpflicht ihrer Kinder nachkommen, es gibt verschiedene Möglichkeiten, aber sie können sich nicht von der Pflicht ihren Kindern eine Schulausbildung zu ermöglichen befreien, selbst wenn die Eltern dies für überflüssig halten, ist dies in dieser Gesellschaft zwingend. Weitere beeinflussende Faktoren wären neben der Schule, die Arbeit, die das Familienleben beeinflusst. Die Schulzeiten sind invariabel vorgegeben, je nach Alter des Kindes und des Schulsystems, somit wird das Leben innerhalb des Systems Familie beeinflusst, wie zum Beispiel, die Zeit des Aufstehens, des Mittagessens und die Zeit für Freizeitaktivitäten, wird vom System Gesellschaft vorgegeben. Die Arbeitsmöglichkeiten sind heutzutage sehr individuell, es reicht von einer geregelten fünf bis sechs Tage Woche, Schichtdienst mit Nachtdiensten bis hin zu Selbstständigkeit.

Das Berufsleben beeinflusst das Familienleben prägnant, in vielen Bereichen, wie Freizeitaktivitäten, familiäre Feiern, Feiern der Festtage bis hin, ob und wie lange Kinder ihre Zeit in betreuten Einrichtungen verbringen. (vgl. Erler, 2003, S. 130–135)

Bedeutung des Systems

Erler (2003) beschreibt das System der Familie und deren Bedeutung. Betrachtet man die Familie als System, ist die Beurteilung des Gleichgewichts innerhalb der Familienmitglieder leichter zu beurteilen. Das Gleichgewicht bezieht sich auf unterschiedliche Sektionen, wie: Gleichgewicht der Konzentration auf die Kinder wie der Konzentration auf die Eltern; Gleichgewicht zwischen der Stabilität und der Kontroverse; Gleichgewicht zwischen der Aufgeschlossenheit zur Umwelt und der Isolierung einer Familie von der Umwelt; Gleichgewicht zwischen der mangelnden Elastizität und der möglichen Elastizität der Strukturen innerhalb einer Familie. Wenn man die Lebensform von einem Elternpaar und einem Kind bezüglich seiner inneren Struktur betrachtet, erkennt man vier veränderliche Größen: Flexibilität der Struktur; Metakommunikation; Durchsichtigkeit des Systems und Aufgeschlossenheit gegenüber der Umwelt. Diese vier Größen stehen in Verbindung zueinander und beeinflussen sich gegenseitig.

Flexibilität der Struktur

Mit der Flexibilität der Struktur wird die Fähigkeit der inneren Struktur bezeichnet, Veränderungen der Bedürfnisse der Familie und Veränderungen der Umgebung adäquat reagieren, zu können.

In einer Familie kommt es immer wieder zu Veränderungen, betroffen sind unterschiedliche Sektionen, wie Aufgabenverteilung, Positionen der einzelnen Familienmitglieder und der Familie als Ganzes, Rollenverteilung, Anspruch und Verpflichtungen und Anschauung bezüglich der persönlichen Vorstellung von Werten und Normalität. Die Flexibilität der Struktur ist von großer Bedeutung, da es je nach Alter und Lebensabschnitt zu Veränderungen kommt. Nimmt man Kinder als Beispiel, so weisen diese unterschiedliche Bedürfnisse auf, wenn sie im Alter eines Neugeborenen sind, als wenn sie vor dem Schuleintritt stehen. Wenn die Struktur der Familie flexibel ist, wird der Umgang mit notwendigen Veränderungen leichter stattfinden und trotzdem eine Stabilität erhalten, die für Kinder relevant ist.

Metakommunikation und Durchsichtigkeit des Systems

Die Metakommunikation und die Transparenz des Systems beziehen sich auf das Gleichgewicht zwischen der Stabilität und der Kontroverse in dem System Familie.

Die Transparenz des Systems zeigt, welches Wissen das System Familie über das eigene System und die Subsysteme besitzt. Darunter ist zu verstehen, dass man die Bedürfnisse aller Personen der Familie wahrnimmt und weiß, wie man diese erfüllen kann. Welche Fertigkeiten die Familienmitglieder aufweisen können, welche Träume bestehen, ob Unzufriedenheit im Bezug auf bestimmte Situationen oder Gegebenheiten bestehen. Ein weiterer Faktor ist die Kommunikation über das oben genannte Wissen, denn je mehr und besser kommuniziert wird, desto eher ist die Wahrscheinlichkeit, dass das System richtig auf die Veränderungen reagiert und die Familie als Ganzes sieht, dennoch die Bedürfnisse und Wünsche der einzelnen Familienmitglieder berücksichtigt und darauf eingeht. Umso vorteilhafter die Kommunikation über das Wissen der Familie und deren Subsysteme besteht und keine Machtposition existiert, desto besser wird das System mit Veränderungen und den wandelnden Bedürfnissen der einzelnen Familienmitglieder und der Familie als Gesamtheit umgehen können.

Aufgeschlossenheit gegenüber der Umwelt

Die Balance zwischen Offenheit und Isolierung einer Familie von der Umwelt ist ein bedeutender Faktor, denn man kann nur neue Erfahrungen machen, wenn man aufgeschlossen gegenüber den Einflüssen von Außen ist. Die Umwelt trägt zu lebensnotwendigem Wissen und Erfahrungen bei. Ohne diese Erfahrung in und durch die Umwelt kommt es zu einem Defizit für die betroffenen Personen. (vgl. Erler, 2003, S. 138–142)

3.2. Kybernetik

Dieser Teil soll einen komprimierten Einblick in die Kybernetik bieten, da dies in Zusammenarbeit mit Familien von Bedeutung ist.

Da dies im Rahmen der Diplomarbeit dargestellt wird, gestaltet sich dieser Abschnitt nur als kurzer Einblick, um Orientierung in diesem Thema zu erhalten.

Kean und Gehring (2001) gehen auf das Thema Kybernetik ein. Der Terminus Kybernetik wurde im Bezug auf eine Forschungsströmung verwendet, in dieser Strömung kam es zur Auseinandersetzung mit zwischenmenschlichem Informationsaustausch und Beherrschung des Menschen. Weiters beschäftigte sich die Forschung mit dem Informationsaustausch und der Beherrschung im Bezug auf Maschinen. Es wird die Fähigkeit beschrieben, dass Rückmeldungsfähigkeiten existieren, es besteht die Möglichkeit der positiven und der negativen Rückmeldung. In der positiven Rückmeldung kommt es zu keiner Änderung in der Struktur, da sich das Verhalten der betroffenen Person nicht ändert, daher geht der Kreislauf ohne Veränderung weiter.

Bei einer negativen Rückmeldung entwickelt sich eine Umgestaltung der Struktur, dies wird durch eine Verhaltensänderung erzielt.

Betrachtet man die Familie aus Sicht der Kybernetik, ist es sinnvoll auf positive und negative Reaktionen zu achten, um die Struktur verstehen zu können, erst durch die negative Rückmeldung ist es für Menschen möglich zu lernen und aktiv eine Veränderung hervorzurufen. (vgl. Kean & Gehring, 2001, S. 37–40)

Auf der nächsten Seite folgen zwei Abbildungen, „*positive und negative Feedbackschleife*“ es ist eine Darstellung an der Anlehnung von Kean und Gehring (2001).

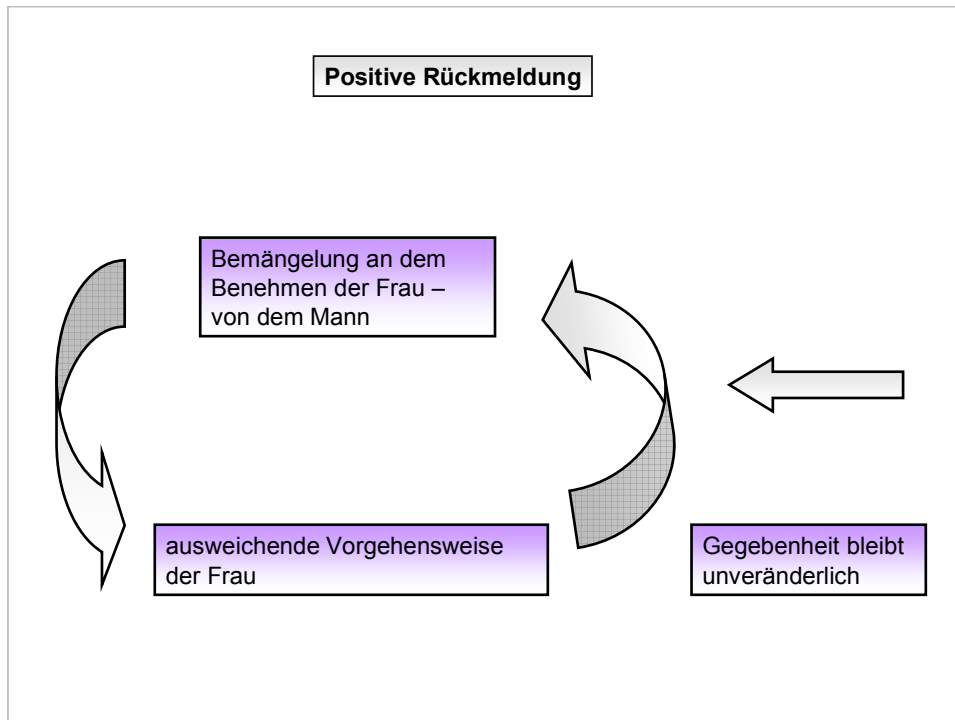


Abbildung 3: "Positive Feedbackschleife"; Quelle: Kean & Gehring, 2001, S. 39;

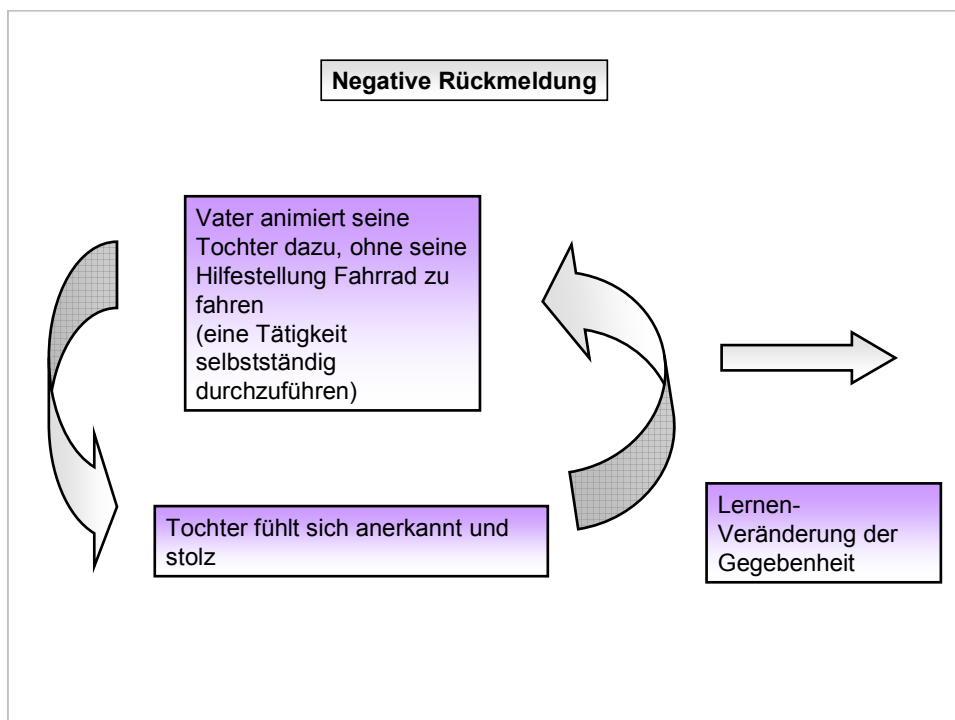


Abbildung 4: "Negative Feedbackschleife"; Quelle: Kean & Gehring, 2001, S. 39;

3.3. Kommunikationstheorie

Dieser Teil soll einen kleinen Einblick in die Kommunikationstheorie geben, da diese relevant ist, wenn mit Familien zusammengearbeitet wird. Wright und Leahey (2009) stellen die Disziplin der Kommunikationswissenschaft dar, deren Fokus sich auf die Verständigung von Lebewesen bezieht. Auch in dieser Wissenschaft gibt es verschiedene Konzepte, die zur Anwendung kommen können, die gerade in der familienzentrierten Pflege von Bedeutung sind. (vgl. Wright & Leahey, 2009, S. 54)

Es ist wichtig Kenntnis in der zwischenmenschlichen Kommunikationsfähigkeit zu haben, um Reaktionen von Personen besser deuten zu können und selbst auf die eigene verbale und nonverbale Kommunikation achten zu können. Da eine Familie groß sein kann und unterschiedliche Charaktere aufeinander treffen und die Familienstruktur individuell ist, beeinflusst die Fähigkeit der Kommunikation als zentraler Faktor das Familienleben wesentlich.

3.4. Veränderungstheorie

Da in der Zusammenarbeit mit Familien, Änderungen in Familien bewusst wahrgenommen werden müssen, widmet sich diese Passage der Veränderungstheorie. Wright und Leahey (2009) beschäftigen sich mit den Veränderungen, die sich innerhalb eines Systems entwickeln können, es gibt unterschiedliche Gründe, die zu einer Veränderung im Familiensystem führen können. Geschehnisse, die im Familiensystem auftreten, können zum Vorantreiben der Veränderung des Systems Familie führen.

Faktoren dieser Art können Krankheit, Trennung, körperliche oder psychische Beeinträchtigung, Verlust der Arbeit, Verlust einer Familienangehörigen und Interventionen durch die Pflege sein. Veränderungen innerhalb der Familie können in den Bereichen Verhaltensweise, Gefühlen und Kognition auftreten. Bei der familienzentrierten Pflege ist zu bedenken, dass Veränderungen, in einem dieser genannten Gebiete die anderen Teile beeinflussen. Der Pflege ist es möglich mit fundiertem Wissen und Beachtung der Verbindungen der Systeme, zu Revision der einzelnen Familienmitglieder zu führen. (vgl. Wright & Leahey, 2009, S. 56–58)

3.5. Resümee

Die Familie wird in einem Großteil der Disziplinen als System eingestuft, wenn man die Familie von der Sicht der Systemtheorie betrachtet, kann man erkennen, dass das System Familie über große Ressourcen verfügt und im Idealfall das Bestmögliche für sich erzielen kann. Trotz dieser Fähigkeit ist die Abhängigkeit von der Gesellschaft nicht zu leugnen.

Die Öffentlichkeit hat eine Verpflichtung gegenüber dem System Familie, dieses zu unterstützen, zu fördern und in Krisensituationen aufzufangen. Diese Pflicht gegenüber der Familie besteht im Speziellen für die Kinder, ein besonderes und bedeutsames Gut der Gesellschaft, das umsorgt werden muss.

Sehr deutlich wurde, dass man ein Individuum nicht als isolierte Person betrachten kann, ein Schicksalschlag trifft nie einen Menschen alleine, hinter der Person stehen eine Reihe von Angehörigen, die ebenfalls in einer Form davon betroffen sind.

Durch einzelne Veränderung kann es zu einer Erschütterung des gesamten Familiensystems kommen, das sich neu organisieren und strukturieren muss, um eine Krise zu bewältigen. Speziell in der Pflege ist es von großer Bedeutung, den Ansatz der familienzentrierten Pflege von der Theorie in die Praxis umzusetzen und die Familie im Sinne der Systemtheorie zu betrachten. Dies ermöglicht einen besseren Einblick in die Familien und dadurch die Möglichkeit angemessenere Interventionen und Unterstützungsmaßnahmen zu setzen. An dieser Stelle ist zu erwähnen, wenn man sich mit dem Familiensystem beschäftigt, ist es maßgeblich, eine Auseinandersetzung mit den Themen „Kybernetik“, „Kommunikations-theorie“ und „Veränderungstheorie“ anzustreben. Die Auseinandersetzung mit den Gebieten Kybernetik, Kommunikationstheorie und Veränderungstheorie machen besonders im Bereich der Pflege großen Sinn, da kein Teilgebiet der Pflege besteht, das ausschließlich mit dem Schicksal eines Individuums zu tun hat. Wenn man die Familie als System betrachtet, das im gegenwärtigen Wissensstand beständig und aktuell ist, benötigt man Kenntnisse aus den Bereichen Kybernetik, Kommunikationstheorie und Veränderungstheorie.

4. DAS KIND

Dieses Kapitel setzt seinen Schwerpunkt auf „Das Kind“, es zeigt die „Rolle des Kindes in der Gesellschaft“, geht auf die „kindlichen Entwicklungsstufen“ ein, richtet den Blickwinkel auf die „kindlichen Bedürfnisse“ und richtet den Fokus auf die „entsprechende Altersgruppe“.

Ferner wird die „kindliche Kommunikation“ dargestellt, der Abschluss bildet die Themenstellung „Rechte des Kindes“. Dieses Kapitel soll einen Einblick in das „Kind sein“ verschaffen, mit dem Ziel, der Pflege mehr Wissen und Verständnis, für die Position des Kindes in unserer Gesellschaft zu vermitteln.

4.1. Kind in der Gesellschaft

Bei der Beschäftigung mit dem Thema „Kind in der Gesellschaft“, stellt sich die Frage, ob eine Definition des Wortes „Kind“ wichtig ist, im Bezug auf die Ausarbeitung des Abschnittes. Bei näherer Betrachtung kann man erkennen, was die Definition dessen betrifft, was man unter Kindern zu verstehen hat, eindeutig ist.

Es werden daher nur zwei Einteilungen nach dem Lebensalter dargestellt, die voneinander im geringen Ausmaß abweichen. Daher wird folgende medizinische Definition und Einteilung nach den Altersgruppen der Pädiatrie angeführt. *„Die Kindheit und Jugend lassen sich in folgende Abschnitte einteilen:*

1. *Neugeborenenperiode (1. - 4. Lebenswoche),*
2. *Säuglingsperiode (1. Jahr),*
3. *Kleinkindesalter (2. – 6. Jahr),*
4. *frühes Schulalter (7. – 10. Jahr),*
5. *Adoleszenz (11.-18. Jahr).“* (Simon, 1995)

Holoch (1999) legt in ihrem Beitrag eine „*Einteilung der Lebensabschnitte*“ fest, dieser beinhaltet die jeweiligen Abschnitte im Leben und deren Attribute.

Hier wird ausschließlich der Inhalt des „Lebensabschnitts/Lebensalter“ in einer anderen Form der Darstellung übernommen.

<i>„1. Vorgeburtliche Phase</i>	<i>Embryo: 1.-3. Schwangerschaftsmonat Fetus: 4. Schwangerschaftsmonat bis Geburt</i>
<i>2. Neugeborenenalter</i>	<i>1.- 4. Lebenswoche</i>
<i>3. Säuglingsalter</i>	<i>1. Lj. (Lebensjahr)</i>
<i>4. Kleinkindalter</i>	<i>2.-5. Lj. Trotz- und Autonomiealter: 2.-3. Lj. Kindergarten-/Fragealter: 3. -5. Lj.</i>
<i>5. Vorschulalter</i>	<i>5.-7. Lj.</i>
<i>6. Schulkindalter</i>	<i>6.-10. Lj.</i>
<i>7. Pubertät und Jugendalter oder Adoleszenz</i>	<i>Umfaßt das 2. Lebensjahrzehnt Vorpubertät: 10.-12. Lj. Pubertät: 13.-17. Lj. späte Adoleszenz: 17.-21. Lj.</i>
<i>[...]“</i>	

(Holoch, 1999, S. 86)

Tabelle 1: Einteilung der Lebensabschnitte; Quelle: Holoch, 1999, S. 86;

Kränzl-Nagl, Riepl und Wintersberger (1998) gehen weiters auf die Situation der Kinder in der heute existierenden Gesellschaftsform ein und wie Kinder von der Gesellschaft gesehen werden. „*Die Besonderheit von Kindern drückt sich nicht nur in deren Schutz-, Betreuungs- und Förderungsbedürftigkeit aus, sondern auch in ihrer spezifischen Wahrnehmung und Interpretation der sie umgebenden Umwelt. Kinder treten in ihren Lebensräumen nicht nur als passiv Rezipierende sondern auch als aktive MitgestalterInnen auf.*“ (Kränzl-Nagl, Riepl & Wintersberger, 1998, S. 9)

Man kann zu dem Entschluss kommen, dass Kinder als solche anerkannt werden und die Möglichkeit besteht, dass Kinder sich nach ihren Wünschen und Forderungen an die Welt, in der sie leben mit einbringen können. Dies wäre jedoch ein Trugschluss, Kinder befinden sich nicht annähernd in der gleichen Position wie Erwachsene. Dies wird offensichtlich, wenn die Möglichkeit der Mitsprache genauer betrachtet wird. Eine große Differenz zwischen Kindern und Erwachsenen zeigt sich, in der Option, ökonomische Mitteln einsetzen zu können und Mitbestimmungsrecht in der Politik aufweisen zu können. (vgl. Kränzl-Nagl et al., 1998, S. 9)

Kinder nehmen eine spezielle Rolle in der Gesellschaft ein. Betrachtet man den historischen Wandel und den Fortschritt, ist zu erkennen, dass diese ebenfalls die Stellung des Kindes in der Gesellschaft beeinflussten.

“- die räumliche Verdrängung der Kinder aus nahezu allen Lebensbereichen der Erwachsenen und gleichzeitig

- ein neues Interesse an Kindern“ (Parson, 1996, S. 46)

Daher kommt man zu der Erkenntnis, dass Kinder auf der einen Seite in ein anderes Licht gestellt werden und eine wichtige Position im Leben vieler Menschen und der Gesellschaft einnehmen. Auf der anderen Seite schleicht eine sinkende Wertschätzung Kindern gegenüber in europäischen Ländern ein.

Das nachstehende Zitat geht auf die Relevanz der Kinder ein, diese machen durch ihr Verhalten deutlich, welche Wertigkeiten in der Gesellschaft, in der sie leben, von Bedeutung sind.

„....Betrachtungen -ist die Hypothese, daß Kinder „Symptomträger“ sind. Demnach spiegeln sie der Gesellschaft ihre Beschädigungen, sie spiegeln die Selbstdefinition der Gesellschaft in ihren Lebensformen und –orientierungen. Die Gesellschaft aber erkennt sich nicht in diesem Spiegel.“

(Erdmann, Rückriem, Wolf, 1996, S. 7)

Sozialisation

Eine Eigenschaft der Gesellschaft könnte durchaus negativ bewertet werden, diese modelliert Kinder, und wenn es diese für nötig hält, werden Maßnahmen gesetzt, um Kinder umzuformen und anzupassen. Während der Konzentration auf Adaption des Kindes werden die seelischen Bedürfnisse dieser, leider oft vernachlässigt.

Giesecke (2004) beschreibt die Beziehung zwischen dem Kind und der Gesellschaft. Kinder leben in der Gesellschaft und wachsen in diese hinein, dies erfolgt durch Sozialisation. Für die Anpassung des Kindes sind einerseits, die Einwirkungen der bewusst erzieherischen und auf der anderen Seite, die unbewussten Wirkungen, verantwortlich. (vgl. Giesecke, 2004, S. 69–70)

Verwissenschaftlichung

Die Wissenschaft hat sich mit dem Thema Kind in Bezug auf Pädagogik schon über eine lange Zeit hinweg beschäftigt. *„Pädagogik als die Lehre von der Erziehung tritt seit der Antike erstmals in der Neuzeit im 18. Jahrhundert in Erscheinung, weil erst zu diesem Zeitpunkt die Kindheit als eigenständige Phase erhöhter Bildsamkeit und Erziehung des Menschen entdeckt und thematisiert wird“.* (Kleine-Katthöfer, 2009, S. 10)

Verwirrung des Kindes

Noack (2001) veranschaulicht das Problem der Identitätssuche von Kindern und Jugendlichen. Die Familie und die Gesellschaft grenzen sich ab und legen die Verantwortung gegenüber Kindern nieder.

Da keine Normen und Werte von beiden Seiten vorgegeben werden, ist es Kindern nur möglich, sich nach den Weisungen Gleichaltriger und der Medien zu orientieren. Durch diesen Zustand ist es für Kinder schwierig, die eigene Identität zu finden. (vgl. Noack, 2001, S. 174–175) Die Menschen die Kinder umgeben, daher auch die Gemeinschaft, in der man lebt, ist verpflichtet Kinder in deren Entwicklung zu unterstützen und je nach dem Entwicklungsstand des Kindes auf sie einzugehen und deren Bedürfnisse zu erfüllen, dies untermauert das darauf folgende Zitat. *„Kinder entwickeln sich. Das heißt, wir geben ihnen- und sie nehmen sich -, was sie brauchen, um sich zu entwickeln. Wenn wir ihnen das, was sie brauchen, vorenthalten oder wegnehmen, leiden sie Entbehrungen (Deprivation): ihre Entwicklung (d.h. Wachstum, Entfaltung, Reifung) wird verlangsamt oder gestört, sie «hängt». Kinder nehmen sich für ihre Entwicklung, was sie kriegen können; sie suchen auch danach und verlangen Hilfe.“* (Marschelke, 1999, S. 36)

Durch dieses Zitat ist wahrzunehmen, welche Verpflichtung die Gesellschaft gegenüber Kindern zuteilwird, denn diese sind das „Bedeutsamste“, was diese aufweisen kann.

Daher ist deren positive Entfaltung von größter Wichtigkeit und deren Wohlbefinden und Anerkennung, ein Spiegelbild der Gemeinschaft, in der Kinder leben. Dieses Zitat stammt von einem Jugendlichen Afroamerikaner aus Atlanta. Es könnten aber genauso die Worte von einem Kind oder Jugendlichen aus Österreich sein, der auf der Suche nach Identität und Normen vom Weg abweicht und auf Hilfe wartet, die niemand hören will; *„Ich vermute, meine Kindheit war genau so, wie jeder sie gerne hätte. Mein Vater war Arzt und meine Mutter ist Versicherungsvertreterin. Was ihr wirtschaftliches Wachstum anging, war es so, wie es jeder gerne hätte, aber es blieb keine Zeit für die Familie. Wissen Sie, was ich meine? [...] Also habe ich halt von meiner Umwelt gelernt. Ich habe von den Kindern in der Nachbarschaft gelernt. Weil keine Zeit für die Familie blieb, habe ich Dresche bezogen für das, was ich falsch gemacht habe, aber keine Belohnung bekommen für das, was ich richtig gemacht habe. [...] gewisse Art von Aufmerksamkeit.“* (Zimbardo & Gerrig, 2004, S. 438)

Burkart (2008) beschreibt die Resonanz in der Kindheitsforschung auf die These der Individualisierung, von einem Blickwinkel aus wurde festgestellt, dass Kinder die Option haben

selbstständig zu sein und mit ihren Eltern über positive und negative Entscheidungen zu diskutieren und erhalten dadurch mehr Freiheiten und Mitsprache, als dies früher bestand.

Der andere Aspekt ist, dass sich die Lebensumstände strapaziös auf das Leben der Kinder auswirken, da es an beständigen Beziehungen zu Verwandten fehlt und die Gemeinschaft von Institutionen nicht gegeben ist. (vgl. Burkart, 2008, S. 232–233)

4.2. Kindliche Entwicklungsstufen

In diesem Teil werden die Phasen der Entwicklung dargestellt und die Stadien der kognitiven Entwicklung nach Piaget aufgezählt, auf die Entwicklungsstadien „Präoperatorisch“ und „Konkret-operatorisch“ wird ausführlicher eingegangen, da der Fokus auf Volksschulkinder im Alter von 6-10 Jahre gelegt ist. Die folgende Übersicht gibt die Einteilung von der Empfängnis bis zum späteren Abschnitt des Jugendalters dar, dies ist relevant, da man im Allgemeinen von Kindern spricht. Bei der Zusammenarbeit mit Kindern, eine Unterteilung in der Phase der Kindheit von großer Bedeutung.

Die Einteilung ist ein Ausschnitt aus der Einteilung „*Phasen der Entwicklung über die Lebensspanne*“:

„Phase	Altersabschnitt
<i>Pränatal</i>	<i>Empfängnis bis Geburt</i>
<i>Säuglingsalter</i>	<i>Geburt bis etwa 18 Monate</i>
<i>Frühe Kindheit</i>	<i>Von etwa 18 Monate bis etwa 6 Jahre</i>
<i>Späte Kindheit</i>	<i>Von etwa 6 Jahre bis 13 Jahre</i>
<i>Adoleszenz</i>	<i>Von etwa 13 Jahre bis 20 Jahre“</i>

(Zimbardo & Gerrig, 2004, S. 439)

Tabelle 2: Phasen der Entwicklung über die Lebensspanne; Quelle: Zimbardo & Gerrig, 2004, S. 439;

In der folgenden Auflistung werden die Entwicklungen der Funktionen beim Kind, die zum Wahrnehmen eines Gegenstandes oder zu der Erkenntnis über ihn beitragen, in den verschiedenen Altersstufen dargestellt.

„Stadien der kognitiven Entwicklung nach Piaget“

<i>Stadium/Alter</i>	<i>Typische Merkmale und wichtigste Errungenschaften</i>
<i>Sensumotorisch (0-2)</i>	<i>Das Kind verfügt zu Beginn seines Lebens über eine kleine Zahl an sensumotorischen Sequenzen. Das Kind erwirbt Objektpermanenz und die Anfänge symbolischen Denkens.</i>
<i>Präoperatorisch (2-7)</i>	<i>Das Denken des Kindes ist von Egozentrismus und Zentrierung geprägt. Das Kind besitzt verbesserte Fähigkeiten zum Einsatz symbolischen Denkens.</i>
<i>Konkret-operatorisch (7-11)</i>	<i>Das Kind versteht das Invarianzprinzip. Das Kind kann in Bezug auf konkrete, physikalische Objekte schlussfolgernd Denken.</i>
<i>Formal-operatorisch (11→)</i>	<i>Das Kind entwickelt die Fähigkeit zu abstrakten Schlussfolgerungen und hypothetischem Denken.“</i>

(Zimbardo & Gerrig, 2004, S. 453)

Tabelle 3: Stadien der kognitiven Entwicklung nach Piaget; Quelle: Zimbardo & Gerrig, 2004, S. 453;

Piaget teilte die Entwicklung der Kinder in vier Stufen, die jedes Kind hintereinander absolviert.

Präoperatorische Phase

Zimbardo und Gerrig (2004) stellen die „präoperatorische Phase“ so dar:

In dieser Stufe denken Kinder noch egozentrisch, das heißt, sie sind nicht in der Lage, sich in die Anschauung einer anderen Person hinein zu versetzen. Weiters können Kinder in dieser Phase, nicht erkennen, dass es bei einem Umleeren einer Flüssigkeit in einen andersförmigen Behälter sich um die identische Menge der Flüssigkeit handelt. Dafür haben sie ihre Kompetenz erweitert in der Vorstellungskraft von nicht vorhandenen Körpern bzw. Gegenständen. (vgl. Zimbardo & Gerrig, 2004, S. 454–455) Lohaus und Ball (2006) gehen auf das präoperationale Stadium ein und stellt einen Vergleich zu dem Verständnis von Gesundheit und Krankheit. In dem präoperationalen Stadium stehen bei einer Erkrankung, Charakteristikum und Erlebnisse im Bezug auf die Krankheit im Fokus. Die Sichtweise, dass die Erkrankung durch krankmachende Einflüsse ausgelöst wurde, besteht nicht. Kinder verfügen nicht über die Fähigkeit zu erkennen,

dass es durch einen Auslöser zu einem Effekt kommt, zu einer Krankheit. Lohaus und Ball beschreiben, dass Kinder zur folgenden Überzeugung kommen. Es entwickelt sich beim Kind die fehlgeleitete Auffassung, dass es schlimm gewesen sein muss und aufgrund dessen eine Sanktionierung erhält. (vgl. Lohaus & Ball, 2006, S. 15)

Konkret- operatorische Phase

Zimbardo und Gerrig (2004) beschreiben die „konkret-operatorische Phase“ folgendermaßen, in dieser Stufe ist es dem Kind möglich, Aktionen im Geist zu leisten, diese führen zur Bildung des logischen Denkens. Ein Beispiel wäre, ein Kind registriert, dass Manuel größer als Julia ist und danach bemerkt es, dass Julia größer als Sandra ist, so ist es fähig zu erkennen, dass Manuel der Größte von den Dreien ist. Das Kind kann diesen Schluss ausschließlich durch seine Gedanken erreichen und muss die Drei nicht angreifen. Jedoch ist ein Kind noch immer nicht in der Lage, daraus zu schließen, dass Manuel am größten ist, wenn man die Situation mit Worten darstellt. (vgl. Zimbardo & Gerrig, 2004, S. 455) Lohaus und Ball (2006) beschreiben die Auffassungsgabe der Kinder, im Bezug auf Gesundheit und Erkrankung, in der konkret-operationalen Phase. Kinder sind im konkret-operationalen Stadium nun in der Lage zu erkennen, dass es einen Auslöser und eine Reaktion gibt, wie es bei Krankheiten erkennbar ist. Sie haben die Fähigkeit gewonnen einzelne Teile zusammenzufügen, sich in die Gegebenheit anderer hinein zu fühlen. Es wird erkannt, dass eine Krankheit länger dauern kann oder eine Person zwar „gesund“ ist, aber trotzdem Probleme aufweisen kann. (vgl. Lohaus und Ball, 2006, S. 16) Verständnis für Gesundheit und Krankheit ist von dem individuellen kognitiven Entwicklungsstandes des Kindes abhängig und daher verändern sich die Vorstellungen mit dem älter werden des Kindes verändern. *"Die kognitive Entwicklung bildet die Grundlage, welche die Auffassungsmöglichkeiten und Auffassungsgrenzen in den einzelnen Entwicklungsabschnitten bestimmt. Es wird also ein paralleles bzw. zeitlich nachgeordnetes Verhältnis zwischen der allgemeinen kognitiven Entwicklung und der Entwicklung von Konzepten über Gesundheit und Krankheit angenommen."* (Lohaus und Ball, 2006, S. 14)

4.3. Kindliche Bedürfnisse

Dieser Abschnitt stellt komprimiert die fundamentalen Bedürfnisse der Kinder dar.

Das Ziel ist einen kleinen Einblick in die Wünsche und Träume der Kinder zu geben und die Grundvoraussetzungen darzustellen, die erfüllt werden müssen, sodass Kinder die Chance haben, sich bestmöglich zu entfalten und leben zu können.

Die Voraussetzungen, für eine positive und optimale Entfaltung eines Menschen sind in der folgenden Auflistung prägnant dargestellt. *„Zu diesen grundsätzlichen Erlaubnissen, die alle Menschen für ihr Wachstum gebrauchen, gehören:*

- *die Gewissheit, leben zu dürfen und willkommen zu sein,*
- *die Gewissheit als Junge oder Mädchen - als Person - angenommen zu werden,*
- *die Gewissheit, den eigenen Körper und seine Reaktion spüren zu dürfen,*
- *die Gewissheit, alle Gefühle zeigen zu dürfen, z. B. wenn wir wütend, traurig, ängstlich, freudig oder voller Liebe sind,*
- *die Gewissheit, dass es in Ordnung ist, wenn wir anderen Menschen nahe sind oder uns selbst wichtig nehmen,*
- *die Gewissheit, so alt sein zu dürfen, wie wir gerade sind, also nicht zu früh „erwachsen“ werden oder „ewig klein“ bleiben müssen.“ [sic] (Kleine-Katthöfer, 2009, S. 201)*

Jedem Kind sollte es ermöglicht werden, auf einer solchen Grundbasis aufwachsen zu können.

Kleine-Katthöfer (2009) geht bei den menschlichen Grundbedürfnissen auf die *„Stufen der Bedürfnisentwicklung“* von Maslow Abraham ein, diese bestanden anfangs aus fünf Stufen, eine weitere folgte danach.

1. Physiologische Bedürfnisse (Atmung, Durstgefühl, Hungergefühl, usw.);
2. Bedürfnisse wie Geborgenheit, Erholung und Entspannung, beständige Räume für Rückzugsmöglichkeiten;
3. Wunsch nach Liebe, Zuneigung, Verbundenheit, Verbindungen, die keine Prämissen voraussetzt;
4. Bedürfnis nach Anerkennung und Selbstbewusstsein, das sich daraus herausbildet, dazu zählen Würdigung und positives Feedback zu erhalten;
5. Wunsch nach der Verwirklichung der persönlichen Wünsche und Zielvorstellungen, durch eigene Kraft, Fertigkeiten und Überlegungen, durch die eine Vernetzung zu anderen Menschen entsteht;

6. Wunsch nach Transzendenz bezogen auf die Religion, Werte der Kultur und Erfahrungen, die zur Verbindung von Menschen führen; (vgl. Kleine-Katthöfer, 2009, S. 202–203)

7.

Zimbardo (1983) beschäftigt sich mit der Hierarchie der Bedürfnisse nach Maslow, es folgt eine Darstellung an der Ablehnung von Zimbardo (1983) „Hierarchie der Bedürfnisse.“.



Abbildung 5: „Hierarchie der Bedürfnisse.“; Quelle: Zimbardo, 1983, S.415;

Kleine-Katthöfer (2009) beschäftigt sich auch mit dieser Form von Pyramide, diese soll anschaulich vermitteln und verständlich machen, dass eine eindeutige Hierarchie besteht.

Dies bedeutet, werden Bedürfnisse einer relevanten Ebene nicht gestillt, ist das Erreichen des nächsten Niveaus ausgeschlossen oder nicht ganz verwirklichtbar. (vgl. Kleine-Katthöfer, 2009, S. 203) Brazelton und Greenspan (2008) haben sich mit den Grundbedürfnissen der Kinder beschäftigt und dies im Buch „*Die sieben Grundbedürfnisse von Kindern*“ zusammengetragen. Zu den Grundbedürfnissen zählen: Bedürfnis nach einer immerwährenden Beziehung, die viel Liebe beinhaltet; Bedürfnis nach physischer Wohlbefinden, Geborgenheit und Regulation; Bedürfnis nach subjektiv angepassten Erlebnissen; Bedürfnis nach Erfahrungen, die dem Status des Entwicklungsstandes angepasst sind; Bedürfnis nach Ordnung und Limits; Bedürfnis nach dauerhaften, stärkenden Vereinigungen und Verbindungen und nach kultureller Beständigkeit

und Bedürfnis, dass die Zukunftsmöglichkeiten zuverlässig bestehen. (vgl. Brazelton & Greenspan, 2008, S. 7–8)

Die Tatsache, dass es nur der Familie möglich ist, die kindlichen Bedürfnisse ausreichend und liebevoll zu erfüllen schildert Giesecke. „ *Die Befriedigung der elementaren menschlichen Grundbedürfnisse nach Liebe, Geborgenheit, Anerkennung und Vertrauen ist unter unseren gesellschaftlich- kulturellen Bedingungen nur im Rahmen der Familie möglich.*“ (Giesecke, 2004, S. 117)

Es ist wichtig, Kindern Rückhalt zu geben und sich für ihre Wünsche, Ansichten und Träume einzusetzen. Gerade in Krisensituationen kann es dazu kommen, dass Kinder übersehen werden und, deren Bedürfnisse missachtet werden. Es ist notwendig, sich für die Position der Kinder einzusetzen. „ *Nicht zuletzt ist es häufig notwendig, dass die professionellen Helfer(-innen) eine anwaltliche Funktion übernehmen und die Perspektive der Kinder, ihre Standpunkte und Bedürfnisse stützen und aktiv für das Wohl des Kindes eintreten.*“ (Lenz, 2005a, S. 158)

4.4. Kindliche Kommunikation

Diese Passage soll begreiflich machen, wie wichtig der richtige Umgang mit Kindern ist, insbesondere die Kommunikation, um Vertrauen von Kindern zu gewinnen. Vertrauen ist der Grundstein zu einer gut funktionierenden und aufrichtigen Kooperation mit Kindern.

Doherty-Sneddon (2005) setzte sich mit den existierenden Grundsätzen auseinander, die man im Umgang mit Kindern berücksichtigen sollte: nonverbale Verhaltensweise des Kindes beachten; visuelle Hinweisreize des Kindes wahrnehmen (Mimik, Miene, Gebärde); Kommunikation ist zwar angeboren, wird aber durch gesammelte Kenntnisse und Aneignungen beeinflusst; Achtsamkeit in der Kommunikation, um kindliche Wünsche zu erkennen; auf Kinder eingehen und kindliches Verhalten erwidern; geeignete Antworten oder Erklärungen kann man nur vermitteln, wenn man den Entwicklungsstand des Kindes beobachtet und einschätzen kann; Aufmerksamkeit der eigenen Kommunikation gegenüber (nonverbal und verbal) und auf richtiges Einsetzen achten. (vgl. Doherty-Sneddon, 2005, S. 17–22)

Delfos (2010) legt die Kommunikationsgegebenheit dar, die im Umgang mit Kindern von großer Relevanz sind. Wenn ein Dialog mit Kindern geführt wird, ist darauf zu achten, dass sich alle Beteiligten während der Unterhaltung auf gleichem Niveau befinden, dies bedeutet, dass man sich in der Situation in die Augen schauen kann. Da zwischen einem Kind und Erwachsenen die Problematik des unterschiedlichen Größenverhältnisses besteht, kann es leicht dazu führen, dass

erwachsene Menschen, bereits wegen ihrer Körpergröße, Kraft und Autorität ausstrahlen. Es gibt Grundprinzipien, über die man bescheid wissen muss und auf die man achten sollte, im Zusammentreffen mit Kindern.

Es besteht die Wahrscheinlichkeit, dass die Person, die im Sitzen oder Stehen sich in der höheren Position befindet, die Verantwortlichkeit der Unterhaltung trägt, dies bedeutet, dass auch die Lenkung des Gesprächs übernommen wird, Kinder werden infolgedessen den Part des Zuhörens einnehmen.

Wenn man sich mit Kindern unterhält, sollte man folgendes umsetzen: wenn man während dessen steht, werden Kinder einem Gehör schenken; wenn man sich auf gleichem Augenniveau trifft, werden Kinder sich mit uns austauschen und eine niedrigere Haltung als des Kindes bewirkt, dass Kinder Verantwortungsgefühl für Gespräch zeigen. (vgl. Delfos, 2010, S. 77–78) Daraus ist zu schließen, dass man in der Zusammenarbeit mit Kindern, Wissen über grundlegende Aspekte in der Gesprächsführung mit Kindern aufweisen muss und dies innerhalb des Wortwechsels umsetzen muss.

Daher ist es gerade in der Pflege von großer Bedeutsamkeit in der Begleitung und Betreuung von Kindern als Angehörige, diese auf derselben Ebene und ebenbürtig zu begegnen.

Delfos (2010) beschreibt außerdem, wie wichtig der Augenkontakt und die offene und zugewandte Körperhaltung, bei der Unterhaltung mit Kindern ist. Auf die nonverbalen Zeichen der Kinder sollte man besonders achten, da Kinder auf diesem Weg oft mehr sagen als über ihre Sprache. Wenn ein Kind den Augenkontakt nicht hält, kann das unterschiedliche Beweggründe haben: mangelnde Motivation, Nachdenken oder einfach die Gegebenheit, dass es Kindern oft leichter fällt, mit Erwachsenen über spezielle Themen zu sprechen, wenn man einander nicht direkt in die Augen schaut.

Kinder geben auch oft an, alles gut begriffen zu haben, wenn es sich um ein für sie uninteressantes Gespräch handelt, da sie hoffen, dass dieses bald beendet ist. Weiters ist der Tonfall ein wichtiger Bestandteil, der eine Konversation ausmacht und positiv oder negativ beeinflussen kann. Kinder müssen sich in der Situation wohlfühlen, dies ist eine essenzielle Grundvoraussetzung. Dies beinhaltet auch, dass der Erwachsene dem Kind vermittelt, welche Absicht sie mit diesem Gespräch haben, besonders bedeutend ist dies, wenn sie mit dem Kind nicht vertraut sind oder es gerade in dieser Situation kennenlernten. Das Vertrauen von Kindern gewinnt man nur mit Wertschätzung, Herzenswärme und Authentizität und diese wiederum führt dazu, dass das Kind sich wohlfühlt. Ist man der Meinung, dass das Kind Furcht vor der folgenden Kommunikation hat, sollte man ihm das sagen, dadurch kann man den Kontakt

aufnehmen und dem Kind die Beklemmung nehmen. Als erwachsene Person hat man die Pflicht in der Kommunikation mit Kindern auf die verbalen und nonverbalen Aussagen einzugehen, sensibel darauf zu reagieren und wahrzunehmen, was dem Kind wichtig ist und welche Thematik für das Kind von Relevanz ist. (vgl. Delfos, 2010, S. 78–86)

Das kindliche Wohlbefinden in einer Gesprächssituation kann unterschiedlich erreicht werden. „.....verschiedene Möglichkeiten, dafür zu sorgen, dass sich das Kind wohl fühlt, die unter anderem vom Lebensalter und den Interessen des Kindes abhängen. Man kann zusammen spielen, zeichnen, über die Schule oder Hobbys reden, über vor kurzem gemachte angenehme Erfahrungen sprechen, wie über einen Schulausflug oder einen Geburtstag.“ (Delfos, 2010, S. 84)

Kinder können während eines Gesprächs differentes Verhalten aufweisen, welches unterschiedlichen Ursprungs sein kann. Mögliche Reaktionen eines Kindes während einer Unterhaltung:

„Dieser passive Widerstand kann unterschiedliche Formen annehmen:

- das Kind tut so, als würde es einen nicht hören, das bekannte »Sich-taub-Stellen«;
- das Kind konzentriert sich nicht auf das Gespräch, sondern eine andere Aktivität;
- das Kind nimmt eine abwartende Haltung ein;
- das Kind nimmt nicht aktiv am Gespräch teil;
- das Kind antwortet kurz und matt;
- das Kind schaut weg;
- das Kind läuft weg.“ [sic] (Delfos, 2010, S. 87)

Für die Pflege ist von großer Bedeutung, dass für Kinder die Familie auch im Rahmen der Kommunikation sehr wichtig ist, "Thus, family members may have to develop new patterns of communication when the mother is not able to fulfill this function." (Lewandowski, 1992, S. 582), eine besondere Position nimmt die Mutter ein

Nähe- und Distanzverhalten

Doherty-Sneddon (2005) bringt zu Ausdruck, wie wichtig, bei Kindern, die Einhaltung des persönlichen Raums ist. Kinder haben das Recht mit gleichem Respekt behandelt zu werden, wie sich Erwachsene das wünschen.

Dies bezieht sich auch auf das Überschreiten von körperlichen Grenzen wie, stürmisches Begrüßen, „Abbusseln“ und Drücken, besonders von einem nicht vertauten Kind. Kinder sind

aufgrund ihres Alters oft nicht in der Lage sich zu wehren, durch Weinen und Wegdrücken versuchen sich, zu wehren. (vgl. Doherty-Sneddon, 2005, S. 33)

Begrüßung des Kindes

Doherty-Sneddon (2005) schildert, wie eine Begrüßung eines Kindes stattfinden sollte.

Gegenüber Kindern nehmen Erwachsene schon durch ihre Körpergröße eine überlegene Position ein, dessen müssen sie sich bewusst sein. Wichtig ist im Umgang mit Kindern, den persönlichen Raum zu akzeptieren. Erstrebenswert ist es, die eigene körperliche Größe zu reduzieren, um dem Kind auf selber Ebene zu begegnen. Für die Begrüßung von Kindern sollte man sich Zeit lassen und diese erst beenden, wenn das Kind diese abschließt und Interesse für andere Sachen zeigt. Eine offene Körperhaltung und Blickkontakt sind wichtige Bestandteile in der Kommunikation mit Kindern, denn es zeigt, das ehrliche Interesse an dem Kind. (vgl. Doherty-Sneddon, 2005, S. 34–36) Die folgende Übersicht vermittelt komprimiert die wichtigsten Punkte bei der Kommunikation mit kleinen Kindern:

“

1. *Dieselbe (Augen-) Höhe wie das Kind einnehmen.*
2. *Das Kind anschauen, während man spricht.*
3. *Abwechselnd Augenkontakt herstellen und unterbrechen, während man mit dem Kind spricht.*
4. *Dafür sorgen, dass sich das Kind wohl fühlt.*
5. *Dem Kind zuhören.*
6. *Mit Beispielen zeigen, dass bei einem ankommt, was das Kind sagt.*
7. *Das Kind zu ermutigen, zu erzählen, was es findet oder will, weil man das sonst nicht weiß.*
8. *Spielen und Reden möglichst kombinieren.*
9. *Darauf hinweisen, dass man das Gespräch unterbricht und später fortsetzen wird, sobald man merkt, dass das Kind nicht mehr bei der Sache ist.*
10. *Dafür sorgen, dass das Kind nach einem schwierigem Gespräch wieder zu sich kommen kann.*“ (Delfos, 2010, S. 98)

Delfos (2010) geht in seinem Buch auf einen wichtigen Punkt ein, die „*Metakommunikation*“. Heranwachsende Kinder verfügen noch nicht über die Fähigkeiten einer Unterhaltung nach den Grundsätzen der Erwachsenen durchzuführen, daher kann es dazu kommen, dass sie nicht immer in der Lage sind, zu erfassen was erwachsene Menschen ihnen vermitteln wollen.

Daher sind die Grundsätze der Metakommunikation wichtig und werden hier kurz dargestellt.

Die Zielsetzung der Unterhaltung klar machen und dem Kind verdeutlichen, dass man ehrliche Antworten und Meinungen hören möchte und das dies auch in Ordnung ist; weiters ist es wichtig, Kinder das persönliche Bestreben zu offenbaren. Man sollte Kindern immer vermitteln, dass es einem sehr wichtig ist, ihre Meinung zu erfahren und insbesondere Rückmeldung zu erhalten; vermitteln, dass man auch als Kind das Recht hat über ein Thema nicht reden zu wollen. Wenn ein Kind „schweigt“ ist es erforderlich, zu spüren, woher die Wortlosigkeit kommt, möchte das Kind nicht reden oder traut es sich noch nicht. Daher ist es nötig, dem Kind sprachlich zu vermitteln, dass man akzeptiert, wenn es über das nicht reden möchte, aber auch Verständnis hat, wenn es etwas Zeit benötigt bevor es über das Thema spricht. Die persönlichen Empfindungen aussprechen und in Sprache bringen, was man fühlt und in Gedanken gerne machen würde und sich aber nicht sicher ist, ob das Kind das möchte, wie z. B. einen Arm um das Kind legen. (vgl. Delfos, 2010, S. 98–106)

Für die Pflege sind bei der Betreuung und Unterstützung von Kindern als Angehörige folgende Formen des Gesprächs von Bedeutung: das „*offene oder spontane Gespräch*“ und das „*Fürsorgegespräch*“. Delfos (2010) beschreibt das „offene Gespräch“, als Unterhaltung, die das Ziel hat, die Anschauung, Einstellung und die Emotion des Kindes zu erfahren.

Diese Art von Gesprächen findet üblicherweise z. B. daheim in der Familie oder im Unterricht statt. Das „Fürsorgegespräch“ verfolgt den Zweck, das Kind zu unterstützen und optimale Hilfestellung zu leisten. (vgl. Delfos, 2010, S. 126)

Daher ist zu erkennen, dass es sich bei Kindern als Angehörige um eine vulnerable Gruppe handelt, deshalb benötigt die Pflege eine hohe Sensibilität in der Kommunikation und im Umgang mit Kindern.

Die Fähigkeit in den Gesprächen gleichzeitig zu zuhören, zu informieren, zu trösten und zu unterstützen, ist von großer Bedeutung und verlangt von der Pflege eine hohe Feinfühligkeit und pädagogisches Wissen, mit dem Fokus auf das jeweilige Alter des Kindes. Das folgende Zitat stellt klar dar, dass es unmöglich ist, Kenntnis über das gesamte Leben und den Erfahrungen des Kindes zu verfügen, dies muss man sich in der Zusammenarbeit mit Kindern eingestehen. Dennoch stehen wir den Kindern gegenüber in der Pflicht, ihnen zur Seite zu stehen und unser

Bestes zu geben. „*Es ist weder möglich noch nützlich, «alles» über Kinder und Jugendliche zu wissen: Wichtig ist es, dieses eine Kind, diese Jugendliche oder diesen Jugendlichen, mit der oder dem man zu tun hat, zu spüren und ihr oder ihm beizustehen. Beistehen heißt: Möglichkeiten des Lebens zu erschließen und Grenzen aufzuzeigen und zu setzen. Daß dies eine Kunst für sich ist, wissen vor allem die, die in der Lage sind, sich Fehler und Schwächen bei der Arbeit als Beistand einzugestehen.*“ (Marschelke, 1999, S. 48)

Marschelke (1999) beschreibt, dass zu den schwierigsten Aufgaben folgende zählen: Kinder zu begreifen und sich in sie hineindenken zu können.

Erwachsene müssen sich im Klaren darüber sein, dass sie erst „vom Herzen“ auf Kinder eingehen können, wenn sie mit sich selbst im Reinen sind. Es bedeutet, dies kann erreicht werden, wenn man selbst an sich arbeitet, seine Vergangenheit aufarbeitet, sich mit seiner eigenen Kindheit beschäftigt und sich seiner persönlichen Träume und Bedürfnisse bewusst ist. Darüber hinaus wird spezielles Wissen über Kinder und Jugendlichen benötigt, dies wird durch theoretische Beschäftigung und Aneignung sowie durch die praktische Auseinandersetzung und Sammlung von Erfahrungen im Umgang mit Kindern, erlangt. Nicht zu vergessen ist, dass man durch Erfahrungsaustausch mit Personen, die Kenntnis und Erlebnisse mit Kindern aufweisen können, noch mehr „Know-how“ aneignen kann. Wenn man Kinder richtig verstehen will, muss man beobachten, wahrnehmen, empfinden und die Resonanz des Kindes registrieren können. (vgl. Marschelke, 1999, S. 48–49)

4.5. Rechte des Kindes

In diesem Abschnitt wird auf die Rechte der Kinder Bezug genommen, die bei Kindern als Angehörige, im Vordergrund stehen und berücksichtigt werden müssen.

Ferenci (2009) erläutert die Kinderrechte, Kinder haben spezielle Rechte, diese muss man tolerieren, wahren und achten, dies schreibt die Kinderrechtskonvention vor.

Kinder und Jugendliche zählen zu den Menschen, die wegen ihres Lebensalters spezielle Bedürfnisse aufweisen, sie können in Umständen leben, in denen sie Schutz und Hilfestellung benötigen. (vgl. Ferenci, 2009, S. 4)

Zu erkennen ist, dass die Rechte des Kindes in der Gesellschaft hohen Wert haben, trotzdem werden „Kinder als Angehörige“ oft vergessen und auf deren Rechte nicht geachtet.

Daher geht dieser Abschnitt auf die Rechte der Kinder ein und leitet und definiert von diesem, die Rechte der Kinder als Angehörige ab, die bestehen sollten.

Artikel 3

„Rücksichtnahme auf das Wohlergehen des Kindes“

Bei jeder Überlegung und Entscheidung ist in erster Linie an das Kind zu denken und danach zu handeln. (vgl. Ferenci, 2009, S. 22–23) Kinder sind immer miteinzubeziehen und nach ihren Wünschen und Meinungen zu fragen. Die Pflege muss dies beachten und gemeinsam mit den Bezugspersonen der Frage nachgehen: „Was ist für dieses Kind in dieser Ausnahmesituation am Besten?“ und danach agieren.

Artikel 5

„Wertschätzung der Verantwortung der Eltern“

Ferenci (2009) schildert die Verpflichtung gegenüber den Kindern.

Eltern oder Bezugspersonen haben die Pflicht, das Kind in seiner Anlage zu unterstützen und ihm die Richtung vorzugeben, der Staat hat die Verpflichtung dies zu schätzen. (vgl. Ferenci, 2009, S. 25) Die Bezugspersonen haben eine große Verantwortung gegenüber den „Kindern als Angehörige“. Dies ist von der Pflege zu respektieren und zu unterstützen, insbesondere dann, wenn sich ein Kind den Besuch bei seinen Angehörigen im Spital und insbesondere auf einer Erwachsenen-Intensivstation wünscht.

Artikel 9

„Kontakt zu den Eltern“

Ferenci (2009) zeigt auf, wie wichtig die Verbindung eines Kindes zu den Eltern ist.

Kinder haben das Recht auf den Umgang mit Eltern. Es gibt jedoch Ausnahmen, wenn Kinder misshandelt und benachteiligt werden. (vgl. Ferenci, 2009, S. 26–27) Die Pflege hat anzuerkennen, dass Kinder zu dem Leben der Patientinnen gehören und nicht selbstverständlich von den Erkrankten ferngehalten werden dürfen. Wenn ein Kind den Wunsch äußert, seine Angehörige zu besuchen, sind das Kind und die Bezugsperson darin zu unterstützen, vorzubereiten und zu fördern.

Artikel 12

„Kinder haben das Recht ihre Meinung frei zu äußern“

Ferenci (2009) erläutert den vierten Grundsatz der Kinderrechtskonvention, dieser beinhaltet, dass Kinder das Recht besitzen ihre Ansicht darzulegen. Die Haltung der Kinder ist zu bedenken und miteinzubeziehen, das Kindesalter und die Entwicklung ist dabei zu beachten. (vgl. Ferenci,

2009, S. 28–29) Das bedeutet für die Pflege in der Zusammenarbeit mit Kindern als Angehörige, dass deren Ansicht zu respektieren ist und die Äußerung dieser gefördert werden soll.

Artikel 17

„Kindern die Möglichkeit gewährleisten, die passenden Informationen zu erhalten“

Ferenci (2009) bringt zum Ausdruck, dass Kinder mit geeigneten Informationen versorgt werden müssen, um auf deren altersentsprechende Wissensbegierde eingehen zu können. Dieses Wissen hat in den unterschiedlichsten Medien und Büchern zu erscheinen. (vgl. Ferenci, 2009, S. 32–33) Kindgerechte und aufs Alter bezogene Informationen zu erhalten ist in der Betreuung von Kindern als Angehörige als Hauptfaktor zu berücksichtigen.

Durch die Einbindung von Büchern und anderen Medien ist es möglich, dass sich Kinder schon vor dem Besuch der Angehörigen in einem Spital, mit der eintretenden Situation bildhaft auseinandersetzen können.

Artikel 24

„Kinder haben das Anrecht auf psychische und physische Gesundheit“

Die Quintessenz ist, das „Recht auf Gesundheit“ (Ferenci, 2009, S. 43).

Daraus ist zu schließen, dass für Kinder der Kontakt zu einer vertrauten Person, auch in der Phase eines Krankenhausaufenthaltes wichtig ist. Eine Trennung von nahestehenden Menschen, kann bei Kindern, zu negativen Auswirkungen führen; *"Ungefähr in der Mitte des ersten Lebensjahres hat sich bei Säuglingen die Bindung an die primäre Bezugsperson so weit entwickelt und gefestigt, dass längere Trennungen von ihr zu einer großen Belastung für das Kind werden."* (Hopf, 2005, S. 41)

Der Pflege muss bewusst sein, dass eine Trennung zu einer vertrauten Person, zu einem Schaden beim Kind führen kann, der sich möglicherweise auf dessen Gesundheit auswirken kann. Lenz (2005) zeigt eine Auflistung von einer Handlungsorientierung für professionelle Helferinnen oder Helfer, Lenz bezieht sich auf Reiter-Theil et al. (1993, S.19).

„Danach sollten die Kinder durch:

- *gezieltes Erfragen und Berücksichtigen ihrer Motivation*
- *altersgemäße Informationsdarbietung*
- *explizites Ansprechen ihrer Wünsche und Ängste*
- *Anerkennung ihrer Fähigkeiten und Rechte*

- *Stützung ihrer Position und Sichtweise gegenüber erwachsenen Teilnehmern und anderen Auftraggebern*
- *Eingehen auf nonverbale Zeichen und Ablehnung*
- *Unbedingtes Akzeptieren des Wunsches eines Kindes, eine begonnene Beratung bzw. Therapie verlassen zu dürfen*

in der Wahrung ihrer Rechte auf Autonomie und Partizipation unterstützt werden. [...]“ (Lenz, 2005a, S. 158–159)

4.6. Resümee

Der Abschnitt „Das Kind“ belegt die problematische Position des Kindes in der heutigen Gesellschaft, die von zwei Extremen gekennzeichnet ist.

Je nach dem, welcher Blickwinkel in Betracht gezogen wird, ist zu erkennen, dass für viele Menschen, Kinder etwas ganz Besonderes sind. Durch das vermittelte Wissen der Fachdisziplinen an die Gesellschaft werden „Kinder“ verwissenschaftlicht und dies führt zu einer durchstrukturierten „Kindheit“.

Nimmt man eine andere Perspektive ein und betrachtet die speziellen Bedürfnisse der Kinder, wird erkennbar, dass diese nicht immer respektiert und erfüllt werden, diese Gegebenheit führt dazu, dass das Leben der Kinder negativ beeinflusst wird. Bei genauerer Betrachtung und Reflexion ist offensichtlich, dass Kinder einer vulnerablen Gruppe angehören, die besonderen Schutz, Obsorge, Unterstützung und Beistand benötigen. Die Auseinandersetzung mit den „Kindlichen Entwicklungsstufen“ und den Fähigkeiten der Kinder ist von großer Wichtigkeit. Gerade wenn es sich um Kinder als Angehörige handelt, ist es von Notwendigkeit zu wissen, über welche Fähigkeiten Kinder in dem speziellen Alter verfügen und was von ihnen erwarten werden kann und wo bei der Zusammenarbeit mit ihnen angesetzt werden kann. Für die Pflege ist es eine Grundvoraussetzung bei der Betreuung von Kindern als Angehörige sich mit dieser Thematik auseinander zu setzen. Die Erörterung der kindlichen Bedürfnisse bringt zum Vorschein, dass Kinder besondere Wünsche und Bedürfnisse haben, auf die eingegangen werden müssen. Im Speziellen bei der Begleitung der Kinder als Angehörige von der Pflege ist es fundamental, Wissen über die Bedürfnisse der Kinder aufweisen zu können, um eine konstruktive Zusammenarbeit zu erreichen. Bei der Auseinandersetzung mit der „Kindlichen Kommunikation“ wird erkennbar, wie sensibel Kinder das Verhalten von Menschen

wahrnehmen, welches Kommunikationsverhalten Kinder aufweisen und welche Aspekte Erwachsene bei Gesprächen mit Kindern beachten müssen.

Pflegepersonen sollten über ein fundiertes Basiswissen zum Thema „Kommunikation“ verfügen, die Möglichkeit einer Weiterbildung im Gegenstand „kindliche Kommunikation“ wäre ein sinnvolles Ziel.

Darauf zu achten ist, dass die Familie eine wichtige Funktion im Rahmen der kindlichen Kommunikation einnimmt.

Die Rechte der Kinder sind vertraglich in der „Kinderrechtskonvention“ fixiert, jedoch wenn man genau hinsieht, ist zu bemerken, dass Kinder auch in Österreich nicht immer zu ihrem Recht kommen. Die Position der Kinder in unserer Gesellschaft spiegelt sich in den nächsten Zeilen wider. „[...] daß Kinder ernst zu nehmen sind und ihnen als wichtige Mitglieder der Gesellschaft besondere Beachtung geschenkt werden muß. Zugleich aber gewinnt man den Eindruck, daß Kinder eine vielfach »vergessene« Kategorie der Bevölkerung darstellen. Kindern ist die Teilhabe an zentralen Bereichen der Gesellschaft, wie der Politik, verwehrt, ihre Bedürfnisse und Interessen werden vielfach ignoriert, [...] .“ (Wilk, 1994, S. 35)

5. KRANKHEIT IM FAMILIÄREN KONTEXT

Das Kapitel „Krankheit im familiären Kontext“ zeigt die „Bedeutung einer Krankheit für die Familie“ auf. In der Folge wird der Fokus auf „*das Kind*“ gelegt und daher wird auf folgende Aspekte eingegangen: „Bedeutung einer Krankheit für ein Kind“, „kindliche Bewältigungsstrategien“, „kindliche Veränderung“, „Unterstützung des Kindes“, „Aufklärung des Kindes“ und „Kind als Angehörige im Krankenhaus“

5.1. Bedeutung einer Krankheit für die Familie

Die Krankheit eines Familienmitgliedes kann für eine Familie unterschiedliche Auswirkungen und Veränderungen mit sich bringen, von denen alle Angehörige auf verschiedenste Weise betroffen sind.

Familiäre Belastung

Romer (2007) geht bei seinem Beitrag „Kinder körperlich kranker Eltern“ auf die unterschiedlichen Faktoren ein, die den familiären Stress bei einer Erkrankung innerhalb der Familie erhöhen können (diese Elemente sind ursprünglich bei einer empirischen Untersuchung von Lewis (1986) im Bezug auf die Einwirkung einer Krebskrankheit auf das familiäre Leben entstanden).

Zu diesen Faktoren zählen: Furcht, Ohnmacht, Zorn durch den Anblick der Qualen der Erkrankten; Erschöpfungszustand, der durch die pflegenden Tätigkeiten ausgelöst wird; das Verlangen nach vermehrter physischer Verbundenheit; die Sehnsucht nach Sexualität in der Beziehung der Eltern ist jedoch vermindert; Unsicherheit im Bezug auf den Krankheitsverlauf und daher die Sorge des möglichen Verlustes des Familienmitgliedes; Umstrukturierung des Alltags in der Familie und Umgestaltung der Positionen der Familienmitglieder; Überlegungen, die sich mit der Möglichkeit befassen, dem erkrankten Familienmitglied Zusprache und Hoffnung vermitteln zu können; Gedanken, die sich mit dem menschlichen „Dasein“ beschäftigen; unterschiedliche Wünsche; materielle Verschlechterung und mangelnde Hilfestellung für die betroffene Familie; (vgl. Romer, 2007, S. 873–874) Diese Umstände tragen dazu bei, dass die Familie in ihrer Gesamtheit belastet wird, durch Veränderungen im Rahmen einer Erkrankung und teils auch wegen strukturellen Umgestaltungen im Bezug auf den Familienalltag, benötigen Familien Hilfestellungen von außen, um den veränderten Zustand und die unvorhergesehenen Strapazen bewältigen zu können.

Betroffenheit der gesamten Familie

Keller und Albert (2006) beschreiben, dass die *Krankheit* eines Familienmitglieds, nie ausschließlich die erkrankte Person alleine trifft, hinter dieser stehen immer eine Anzahl von Angehörigen, die ebenfalls davon betroffen sind.

Besonders bei schweren oder lebensbedrohenden Erkrankungen kann man von einer seelischen Erschütterung der gesamten Familie ausgehen. (vgl. Keller & Albert, 2006, S. 3)

Daraus ist zu schließen, dass eine erkrankte Person nicht als abgesondertes Individuum betrachtet werden darf, sondern immer im Kontext ihrer Familie gesehen werden soll und auch danach gehandelt werden müsste.

Betroffenheit der Kinder

Kinder sind die Familienangehörigen, die am meisten Schutz und Hilfe in dieser schwierigen Situation benötigen.

Lewandowski (1992) beschreibt klar die Problematik der Unwissenheit und Unsicherheit, in denen Kinder oft alleine gelassen werden. Wenn es zu einer Erkrankung einer Familienangehörigen kommt, ist es sehr schwierig für Kinder, denn diese wissen nicht, was passiert ist und was sie denken sollen. (vgl. Lewandowski, 1992, S. 573) Gerade in speziellen Ausnahmesituationen sind Eltern oft ratlos und mit der veränderten Lebenssituation und mit sich selbst so beschäftigt, dass sie auf die Bedürfnisse der Kinder nicht eingehen können oder diese nicht erkennen; *"At a time when they may feel they need their parents the most, both parents may be unavailable."* (Lewandowski, 1992, S. 575)

Auslösende Faktoren einer Krise

Egidi und Boxbücher (1996) gehen auf die möglichen auslösenden Faktoren einer Krise ein, deren Entwicklung wird durch beeinflussende Faktoren gefördert, diese können unterschiedlicher Natur sein.

Dies kann durch eine Veränderung an der Zahl der Familienmitglieder entstehen, wie durch die Geburt eines Neugeborenen, Beginn einer neuen Beziehung und durch die Eingliederung eines Familienmitglieds, wie zum Beispiel einer Tante. Der zweite Faktor kann eine Verkleinerung der Familie darstellen, wie ein Todesfall einer Familienangehörigen, die Abnabelung eines Kindes durch einen Wegzug und die Trennung der Partnerschaft. Weiters kann es bei natürlichen Revisionen, wie die Erkrankung eines Familienangehörigen und der Reifeentwicklung eines Kindes, zu Umbildungen im Familiensystem führen.

Faktoren wie gesellschaftliche Umformungen und Umbildungen der sozialen Umgebung können das System Familie beeinflussen. Durch die angeführten Aspekte besteht die Möglichkeit, dass die Stabilität des Familiensystems zerrüttet wird. (vgl. Egidi & Boxbücher, 1996, S. 20)

Situation der Familie in einer Krise

Friedemann und Köhler (2003) gehen auf die spezielle Situation von Familien in Krisen ein.

Der Zustand einer Krisen stellt die gesamte Familie vor neue Herausforderungen, die gewohnten Mechanismen sind nicht mehr in der vertrauten Weise vorhanden, es besteht keine Ordnung mehr in der Struktur, das heißt, es entsteht eine Situation der Unkoordiniertheit und der Inkompetenz bezogen auf die Lösung der Anforderungen. Eine Krise kann eine stabile und gut strukturierte sowie instabile und nicht gut organisierte Familie treffen, unterschiedlichste Faktoren können eine solche schwierige Situation entstehen lassen. Gesunde Familien sind bei der Bewältigung im Vorteil, da die Familienmitglieder nach einer Phase, mit der Schwierigkeit fertig werden. Diese neue Balance ist nur erzielbar, wenn es zu einer Änderung im System kommt. In solchen Familien kommt es durch die Verbindung zwischen den Angehörigen zu einer gegenseitigen Hilfestellung und Stärkung.

Familien, die man nicht als gesund bezeichnen würde, vertiefen sich in Auseinandersetzungen und es kommt zu keiner Bewältigung des Problems. (vgl. Friedemann & Köhler, 2003, S. 189)

Familiäre Bewältigungsstrategien

Wenn man sich mit der Welt der Kinder auseinandersetzt, ist die Einsicht und Kenntnis über den familiären Umgang in Stresssituationen und Krisen bedeutend und unverzichtbar. Das Verhalten der Eltern und der Umgang mit Stress spiegelt sich in den Kindern wider; *„Jugendliche beobachten, wie andere Menschen mit Stress umgehen. In Bezug auf soziales Lernen im Kontext der Familie sind es vornehmlich die Eltern, die als Vorbild dienen können. Einerseits können die Eltern Einfluss auf ihre Kinder im Sinne erzieherischer Maßnahmen willentlich ausüben, andererseits sind sie oft unwillkürlich ein Anhaltspunkt für das Verhalten ihrer Kinder“* (Seiffge-Krenke & Skaletz, 2007, S. 148)

Schneewind (1999) geht auf die „Familienstresstheorie“ ein und versucht diese anhand unterschiedlicher Darlegungen zu erklären. Wenn es zu einer Entwicklung eines "Stressors" kommt, so wirkt sich dieser nicht alleine aus. Durch diesen „Stressor“ wird eine andere hinzukommende Veränderung ausgelöst, die sich strapazierend auswirken kann. Das heißt, wenn eine Person in der Familie, die Arbeit verliert und deren Einkommen zu den Wichtigsten der

Familie zählt, kommt es durch die Umpositionierung innerhalb der Familienstruktur zu einem Verlust des Sicherheitsgefühls in dem Verhältnis der Aufgaben und Positionen. Das Auftreten von Stressoren in der Familie kann zunächst wertfrei betrachtet werden, sie erzielen erst dann einen Effekt, wenn die Personen der Familie diese in einer speziellen Form wahrnehmen. Anhand dieses Beispiels ist zu erkennen, dass jede Familie den Arbeitsverlust individuell betrachtet und damit unterschiedlich verfahren würde.

In einer Familie könnte es zu Selbstvorwurf kommen und in einer anderen könnte es dazu führen, dass es zu dem positiven Wunsch kommt, einen neuen und erfüllten Arbeitsplatz zu finden. Die Auswirkungen sind unterschiedlich, denn jede Familie verfügt über verschiedene Lösungsoptionen, um diese Situation zu bewältigen, diese werden von drei Faktoren beeinflusst, die familiäre Erläuterung von Stressoren, die Potenziale der Bewältigungsmöglichkeiten der Familie und der einzelnen Familienmitglieder und die Bewältigungsvarianten. (vgl. Schneewind, 1999, S. 101–102)

Die folgende Abbildung ist eine Darstellung an der Anlehnung von Schneewind (1999), "Das doppelte ABCX-Streßmodell“, Schneewind bezieht sich auf McCubbin & Patterson (1983, S. 12).

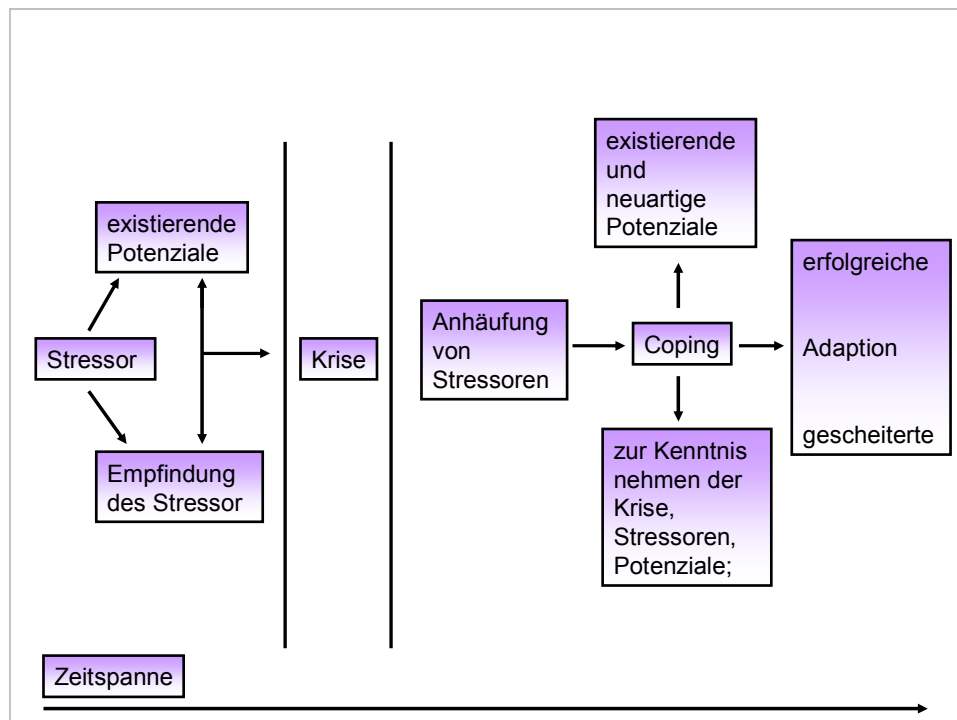


Abbildung 6: "Das doppelte ABCX-Streßmodell"; Quelle: Schneewind, 1999, S. 101;

Daher kann man davon ausgehen, dass Familien also durchaus in der Lage sind, schwierige Situationen oder Probleme auch ohne Hilfe von Außen zu bewältigen. Es gibt dennoch eine Anzahl an Faktoren, die den Bewältigungsmechanismus einer Familie beeinflussen können. Es können daher auch stabile Familien in die Situation kommen, Unterstützung zu benötigen.

Die Pflege sollte genau auf das Verhalten der Angehörigen achten, denn dies könnte auf das Bedürfnis notwendiger Hilfestellungen und Unterstützung schließen lassen. Wenn die Pflegeperson genau beobachtet und gezielte Fragestellungen, die sich auf die Bewältigungsmechanismen beziehen, formuliert, ist es ihr möglich zu erkennen, ob Hilfe oder Unterstützung notwendig ist.

5.2. Bedeutung einer Krankheit für ein Kind

In diesem Abschnitt wird folgender Blickwinkel beleuchtet, die *„Bedeutung einer Krankheit eines Familienmitgliedes für ein Kind“*. Um die Bedeutung einer Erkrankung für Kinder als Angehörige zu verstehen, ist es von großer Wichtigkeit, sich mit der besonderen Rolle auseinanderzusetzen, die Kinder einnehmen. Es werden die kindlichen Bewältigungsstrategien und die kindlichen Veränderungen im Folge einer Krankheit eines Familienmitgliedes erörtert. Zum Schluss wird auf die mögliche Unterstützung, Aufklärung des Kindes und auf die Position des Kindes als Angehörige im Krankenhaus, eingegangen.

Rolle des Kindes bei Auftreten einer Krankheit in der Familie

Man kann davon ausgehen, dass Kinder zu den vulnerabelsten Personen in der Gesellschaft zählen, wenn es zu Erkrankungen innerhalb ihrer Familie kommt, nehmen Kinder unterschiedliche Rollen ein. Es gibt zwei schwerwiegende Positionen in denen Kinder vergessen werden, einmal als *„betroffene Angehörige“*, die am schwächsten sind und auf der anderen Seite, *„Kinder als pflegende Angehörige“*.

Kleiser-Eysn (2008) geht in ihrem Beitrag darauf ein, dass Kinder beim Auftreten einer Krankheit in der Familie, oft nicht wahrgenommen werden. Kinder müssen in solchen schwierigen Situationen am meisten hinnehmen, sie sind in diesen Krisen machtlos, Kinder benötigen ihre Familie zum Leben und sind auf die Struktur angewiesen.

Gerade deshalb sind Kinder bemüht, den im Normalfall geregelten Zustand in der Familie aufrecht zu erhalten und erfüllen Tätigkeiten, die nicht kindgerecht sind, um die Normalität zu erhalten. (vgl. Kleiser-Eysn, 2008, S. 12) Eine weitere Besonderheit, die bei Kindern als

Angehörige beachtet werden muss, ist, dass Kinder die Bedeutung von Gesundheit und Krankheit erst entwickeln und diese nicht von Anfang an fest besteht und sich mit heranwachsendem Alter ändert. Diese natürliche Gegebenheit könnte jedoch Schwierigkeiten mit sich bringen, wenn dies in der Zusammenarbeit mit Kindern nicht berücksichtigt wird. Lewandowski (1992) beschreibt, dass Kinder im Vorschulalter eine „ichbezogene“ Denkweise aufweisen und ein magisches Weltbild haben. Dadurch kann es zu falschen Annahmen kommen, weshalb eine Person erkrankt ist. (vgl. Lewandowski, 1992, S. 580) Metzing und Schnepf (2007) zeigen in ihrer Literaturstudie auf, dass Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige tätig sind und deren Tätigkeitsbereich mit zunehmendem Alter steigt (vgl. Metzing & Schnepf, 2007, S. 323–330).

Lenz (2005) beschäftigt sich mit der Konsequenz einer psychischen Krankheit der Eltern, auf das Leben der Familie. Die Folgen werden in zwei Gruppen eingeteilt, das Leben vor einem und während des Krankenhausaufenthaltes des erkrankten Elternteils. Zusammenfassend ist festzuhalten: Kinder weisen das Empfinden des Einsam seins und Verlassen seins auf; Kindern fehlt eine einfühlsame Bezugsperson; Kinder registrieren, dass sich der Gesundheitszustand des Elternteils verschlechtert; sie bemerken, dass die Erkrankung in Krisen verläuft; Kinder haben das Empfinden, dass von ihnen erwartet wird, für einen Elternteil Partei zu ergreifen; Kinder sind in dieser Position dazu gezwungen, auf persönliche Anliegen und Vorstellungen zu verzichten; Kinder müssen mit einem neuen strukturierten und fremdartigen Familienleben zurechtkommen und gegebenenfalls für eine Zeit, in einer anderen Familie leben. Kinder geben an, dass sie keine oder nur unzureichende Aufklärung erhalten; auf Fragen wird den Kindern ausgewichen; sie sind so traurig, dass sich überdies auch das Gefühl der „inneren Leere“ entwickelt; Kinder versuchen in ihrem Rahmen der Möglichkeit, den gesunden Elternteil Last abzunehmen; durch die Übernahme von hauswirtschaftlichen Tätigkeiten, versuchen Kinder eine Entlastung der Eltern zu erzielen.

Kinder erzählen, dass sich der normale Tagesablauf und das Familienleben, durch das Fehlen der Mutter ändert und wenn Kinder gewisse Aufgaben nicht erfüllt haben, entwickelt sich ein Gefühl der Schuld; (vgl. Lenz, 2005a, S. 93–95)

An dieser Zusammenfassung ist deutlich zu erkennen, dass Kinder bei einer ersten Erkrankung eines Elternteils schwierige und differente Positionen einnehmen. Kinder werden einerseits teils unbewusst von den gesunden Familienmitgliedern oder Bezugspersonen übergangen und überhört. Das führt dazu, dass sich Kinder alleine und verlassen fühlen und auf ihre unbeantworteten Fragen, selbst Antworten suchen. Auf der anderen Seite versuchen Kinder der

Familie alles Recht zu machen und übernehmen Verantwortung über erwachsene Bereiche. Kinder haben es sehr schwer, sie nehmen oft unfreiwillig eine Außenseiterposition ein und werden in Richtungen gedrängt, die nicht freiwillig gewählt und nicht kindgerecht sind. Gleichzeitig wird ihnen der offene und ehrliche Umgang mit der Krankheit des Familienmitglieds verwehrt.

Daran lässt sich deutlich erkennen, dass der Umgang mit Kindern während einer Erkrankung eines Mitgliedes der Familie absurd erscheint. Kinder finden sich in der Situation, ignoriert, ausgeschlossen und alleine gelassen und doch gleichzeitig empfinden sie, unausgesprochenen Forderungen der Erwachsenen nachkommen zu müssen.

5.2.1. Kindliche Bewältigungsstrategien

Bei der Vertiefung mit der Thematik „Krankheit im familiären Kontext“, ist eine Erörterung von den Bewältigungsstrategien der Kinder sinnvoll und unverzichtbar. In diesem Abschnitt wird auf die spezielle Situation der Kinder als Angehörige eingegangen, die kindliche Auffassung und Beurteilung von Stress und Belastung aufgezeigt, zeigt die Folgen von einer Erkrankung eines Elternteils und die Darstellung der differenten Bewältigungsmechanismen, Ressourcen und den Schutzfaktoren. Kinder, deren Eltern erkrankt sind, weisen besondere Vorgehensweisen auf um diese spezielle Gegebenheit zu verarbeiten. Lenz (2005) weist darauf hin, dass Kinder deren Eltern psychisch erkrankt sind, größtenteils eine passiv- ausweichende Strategie der Bewältigung leben. Dies zeigt sich im Verhalten der Kinder, sie ziehen sich zurück, versuchen sich auf andere Gedanken zu bringen und entziehen sich aus der Realität in die Welt der Fantasie. In diesen schwierigen Situationen sind beständige Verbindungen zu der Großmutter und Großvater sehr wertvoll, weiters können Beziehungen zu Menschen außerhalb der Familie, die Bezugspersonen darstellen, die Eigenschaft der Balance, Stärkung und Stützung übernehmen.

Diese sozialen Netzwerke verfügen über spezielle Ressourcen: Puffer in schwierigen Situationen, schwächen strapazierende Erfahrungen, bieten Schutz vor dem Einfluss von Stressoren, steigern und unterstützen den allgemeinen Gesundheitszustand und Verfassung.

Diese Netzwerke bieten den Kindern die Möglichkeit, sich behütet, beschützt und integriert zu fühlen. Diese Verbindungen geben den Kindern das Gefühl den benötigten Rückhalt zu erhalten. Kinder neigen dazu, trotz Problemen nicht auf ihre sozialen Netze zurückzugreifen. (vgl. Lenz, 2005a, S. 119–120) Lenz (2008) geht auf die Thematik „Stress und Bewältigungsprozesse im Kindesalter ein“ und zeigt unter anderem, die Perspektive des Kindes auf. Kinder und

Erwachsene unterscheiden sich in relevanten Punkten auch in der Verarbeitung von Stress auslösenden Erfahrungen.

Kinder beurteilen Situationen aus ihren Augen, daher kommen sie zu anderen Entschlüssen im Bezug auf die Signifikanz des Stresses der Gegebenheit und den Möglichkeiten, die zu Verfügung stehen, um diese zu bewältigen. Man akzeptiert gewisse Verfahrensweisen zwar bei erwachsenen Menschen, bei Kindern jedoch, würde das gleiche Verhalten nicht im selben Ausmaß oder gar nicht akzeptiert werden. Zu diesen zählen: den Unmut über andere Individuen klar auszusprechen, sich zurückzuziehen, sich von einer Gegebenheit abwenden zu dürfen und keine Anstrengungen mehr zu unternehmen. Ein weiterer Faktor, der den Stress und Bewältigungsprozess der Kinder beeinflusst ist, dass Stressoren bestehen, die mit den Eltern und Bezugspersonen verknüpft sind. Daraus lässt sich erkennen, dass Kinder von ihrer Umgebung und den Bezugspersonen abhängig sind und die Option der Bewältigung nicht beherrschen können. Sehr oft sind es ausschließlich die Eltern der Kinder, die in der Lage sind, ihnen Schutz vor schlechten Erlebnissen zu geben und Überforderung und Strapazierung reduzieren oder abwenden können. Kinder empfinden auch eine Auseinandersetzung mit anderen befreundeten Kindern als besonders belastend, es ist wichtig zu versuchen, sich in die Betrachtungsweise des Kindes hineinzusetzen, auch wenn man als Erwachsener dies nicht in gleichem Maße als Belastung empfinden würde. (vgl. Lenz, 2008, S. 41) Beyer und Lohaus (2007) gehen auf differente Ansätze der Stressbewältigung ein. Es zeigt sich, dass zwei Vorgehensweisen bestehen, die bei der Bewältigung von Stress eingesetzt werden. Eine Vorgangsweise ist die Auseinandersetzung mit dem Ausgangspunkt des Stresses, die andere, die Vermeidung mit dieser. (vgl. Beyer & Lohaus, 2007, S. 16) Seiffge-Krenke und Skaletz (2007) gehen davon aus, dass Kinder die Fähigkeit besitzen, sich neuartiges Verhalten durch Beobachten anzueignen und schließen daraus, dass: Eltern die ihre Schwierigkeiten durch den Einsatz von Copingvorgehensweisen überwinden, für ihre Kinder eine funktionale Form charakterisieren; jedoch Eltern, die in schwierigen Gegebenheiten ein Vorgehensweise aufweisen, die nicht wirksam und untätig ist, können ihren Kinder nicht in irgendeiner Art u. Weise helfen;(vgl. Seiffge-Krenke & Skaletz, 2007, S. 149)

Seiffge-Krenke und Von Irmer (2007) gehen auf die Bewältigung ein und stellen die unterschiedlichen Bewältigungsweisen vor; Lazarus und Folkman (1984) trennen Coping, dass entweder „*Problem-*“, oder „*Emotionsorientiert*“ ist; Ebata und Moos (1994) differenzieren zwischen der „*Verhaltenweise der Annäherung*“ und der „*Vermeidung*“. Seiffge-Krenke (1995) klassifiziert drei Methoden, das „*aktive Coping*“, bei dem man sich mit der Schwierigkeit

auseinandersetzt und einen Ausweg sucht, das „*internale Coping*“, wo es zu kognitiv-widerspiegelnden Problemlösestrategien kommt, und dem „*Rückzug*“, wo es zu schlechten funktionalen Strategien des Rückzugs kommt; (vgl. Seiffge-Krenke & von Irmer, 2007, S. 69)

Lenz (2008) fasst die Strategien der kindlichen Bewältigung folgendermaßen zusammen: Bewältigung auf der Basis der Lösung der Problematik; versuchen soziale Hilfestellung zu erhalten, mit der Funktion der Problemlösung und Emotionsregulierung und Ausweichung der Problematik; (vgl. Lenz, 2008, S. 47)

Mögliche Ressourcen, die eine Bewältigung des Stresses positiv beeinflussen, laut Lenz (2008) psychisches und physisches Wohlbefinden; finanzielles und ökonomisches Vermögen; Fähigkeiten und Fertigkeiten; Familie; Freundeskreis und die Zeit, die zur Verfügung steht; Verfügt ein Mensch nicht über ausreichende Ressourcen, besteht die Gefahr „verletzlich“ zu werden in der Auseinandersetzung mit Stress, bestehen aber genügend Ressourcen, so hat man die Fähigkeit mit Stress erfolgreich umzugehen. (vgl. Lenz, 2008, S. 53) Lenz (2008) weist darauf hin, dass Ressourcen als Schutzelemente für Kinder deren Eltern psychisch erkrankt sind, relevant sind und daher eine normale psychische und physische Entfaltung ermöglichen können. Zu diesen zählen; Charakteristikum des Temperaments; soziale Befähigung; kognitive Fähigkeiten; optimistische persönliche Konzepte; Empfindung der Kohärenz; affektive/gefühlsmäßige Bindung an Bezugspersonen; Kennzeichen der Atmosphäre innerhalb der Familie und des elterlichen Erziehungsstils; Beziehung zwischen den beiden Elternteilen auf die partnerschaftliche Ebene bezogen; Familiennetzwerk und Organisation; soziale Hilfestellung; Information und Aufklärung über die Erkrankung der Eltern und familiärer Umgang mit der Krankheitsbewältigung; (vgl. Lenz, 2008, S. 55–63)

Lenz legt die Relevanz der Schutzfaktoren dar und bezieht sich auf Rutter (1990):

„Rutter (1990) hebt hervor, dass Schutzfaktoren bei risikobehafteten Kindern folgendermaßen wirksam werden können:

- *Sie schwächen das Risiko, dem sich das betroffene Kind ausgesetzt erlebt, durch Veränderung des Risikos selbst oder dessen Ausmaßes.*
- *Sie reduzieren negative Folgereaktionen.*
- *Sie bauen Selbstachtung und Selbstzufriedenheit auf und halten diese aufrecht.*
- *Sie schaffen günstige Rahmenbedingungen, zum Beispiel in der Schule oder in der Familie.“*

(Lenz, 2008, S. 55)

Kinder sind ebenso wie Erwachsene gefährdet, auf Stress mit psychischen und physischen Symptomen zu reagieren. Lenz (2008) beschreibt, dass eine schwere und akute längerfristige Krankheit der Eltern oder ein elterlicher Aufenthalt im Krankenhaus, sich kritisch durch Stresskumulation auf Kinder auswirken kann. Wenn es zu einem Ungleichgewicht zwischen der normalen Erholung und der Belastung kommt, entwickelt sich eine höhere Anforderung, dadurch kann eine Überbelastung entstehen, deren Folgen sich negativ auf die physische und psychische Situation auswirken kann. Eine Überbelastung mit dem Erscheinen von einer Stresssymptomatik tritt meistens dann auf, wenn zu einer Erkrankung der Eltern noch Probleme in anderen Lebensbereichen dazu kommen, wie eine Auseinandersetzung mit einer Freundin. (vgl. Lenz, 2008, S. 44)

5.2.2. Kindliche Veränderung

Bei der Auseinandersetzung mit kindlichen Veränderungen, die beim Auftreten von einer Krankheit eines Familienmitgliedes, die Folgen sein können, ist es hier an der Zeit, auch die „Angst“ des Verlustes durch den Tod zu beleuchten.

Wenn Kinder einen großen Verlust erlitten haben, ist es verständlich, dass diese Krise Veränderungen des kindlichen Verhaltens mit sich bringt. Seiffge-Krenke (2009) geht auf trauernde Kinder ein, deren Eltern verstorben sind. Verhaltensweisen von Kindern, die ihre Eltern verloren haben, wären: Trauma, Kummer, Schmerz, apathisches Verhalten, Angstgefühl, Zorn, Schamgefühl, Anschuldigung, Erschöpfungszustand, Gefühl des Alleinseins, Gefühl nach Sehnsucht und Machtlosigkeit. (vgl. Seiffge-Krenke, 2009, S. 46)

Den Zustand der Ohnmacht und Machtlosigkeit, den Kinder bei einem Verlust der Eltern erleiden schildert „Orbach (1990) [...] den Ausdruck von **Hilflosigkeit**. Der Verlust der Eltern versetzt dem natürlichen kindlichen Gefühl der Omnipotenz einen schweren Schlag. Kinder entwickeln omnipotente Gefühle als Schutzschild gegen ihre schwache Position in der Welt. Ein Verlust beraubt das Kind dieser Vorstellung von Omnipotenz. Es ist plötzlich seiner fundamentalen Hilflosigkeit ausgesetzt. Orbach hat viele erschütternde Beispiele von Suizid bei relativ kleinen Kindern dargestellt, die fast sämtlich die Reaktionen auf Verluste in der Familie gewesen sind, also den Tod von nahen Angehörigen.“ (Seiffge-Krenke, 2009, S. 47)

Knigge-Demal (1999) geht auf folgende Ergebnisse der Studie von Schellhas (1993) ein.

Dort kommt es zu einer Einteilung der kindlichen Angst in zwei Gebiete, die beiden Bereiche unterscheiden sich durch die beinhalteten Ängste. Diese Darstellung bezieht sich auf Kinder in

dem Alter zwischen 7. und 15. Jahren. Im ersten Gebiet werden folgende Ängste eingeordnet, die vergleichsweise konstant bleiben; Die Angst vor Verletzungen psychischer und physischer Art; Die Angst vor Erkrankungen und Unfällen; Die Angst vor der Einsamkeit und Verlassenheit; Die Angst vor furchterregenden Erlebnissen und die Angst vor Tieren;

Im zweiten Gebiet lassen sich nachfolgende Ängste einreihen, die vergleichsweise nicht konstant bleiben, da es sich um „Ängste des Verlustes“ handelt, die sich auf die Verbindung mit und an die Familie beziehen.

Es kommt zu einer Abnahme dieser Ängste, je älter das Kind wird; Angst davor zu haben, dass den Eltern irgendwas zustoßen könnte; Angst davor zu haben, einsam zu sein und keinen Schutz und Sicherheit mehr zu erhalten und „Trennungsängste“.(vgl. Knigge-Demal, 1999, S.143})

Pott, Haagen, Baldus, Saha und Romer (2005) zeigen auf, dass es eine Anzahl von kontrollierten Studien gibt, die belegen, dass Kinder, deren Eltern an Krebs erkrankt sind, eine Erhöhung der Messwerte in Symptomskalen aufweisen. Die Anzeichen können von Angstformen, Depressionen bis zu Beschwerden auf der psychosomatischen Ebene und Distanzierung aus dem gesellschaftlichen Leben, reichen. Für Töchter von krebskranken Müttern ist es für die eigene Verarbeitung der Gegebenheit von größter Wichtigkeit, wie die Mutter mit der eigenen Krankheit umgeht und wie deren Emotionen aussehen. (vgl. Pott, Haagen, Baldus, Saha & Romer, 2005, S. 114–115)

Lewandowski (1992) beschreibt, welche Veränderungen Kinder aufweisen können, wenn eine Familienangehörige kritisch erkrankt ist, dies ist eine Anlehnung an der Tabelle „POSSIBLE BEHAVIORAL CHANGES IN WELL CHILDREN OF A CRITICALLY ILL FAMILY MEMBER“.

Veränderungen des Gemütszustandes äußern sich in: Betrübtheit; Depression; Gereiztheit; Ungeduld; Schnelles Gefühl der Enttäuschung; Anspannung und Ruhelosigkeit; Übersteigertes Verhalten; Weinen und Zornig sein;

Veränderungen im sozialen Verhalten zeigen sich durch Merkmale wie: Zurückziehen; Möchte alleine sein; Trägheit, Gleichgültigkeit; Aggression; Verhalten wirkt anstrengend; Steigerung der Streitigkeiten zwischen den Geschwistern; Eifersucht oder Soziales Verhalten ändert sich in das Gegenteil;

Rückschrittliches Verhalten äußert sich wie folgt: Kinder beginnen wieder am Daumen, zu lutschen; Kinder werden wieder anhänglich oder klammern sich fest; Kinder wollen ständig bei den Eltern sein; Kinder beginnen Bettzunässen oder Kinder weisen ein Verhalten wie ein „Baby“ auf;

Ängstliche Verhaltensweisen wären: Nägel beißen; Stottern und Schwierigkeiten beim Schlafen; Körperliche Symptome treten auf wie: Kopfweh; Gastralgie; Gefühl der Übelkeit; Emesis; Obstipation; Diarrhoe; Beschwerden wie bei einer Grippe oder Beschwerden, die ähnlich aussehen wie die Symptome der erkrankten Angehörigen;

Unterschiedliche Verhaltensänderungen in der Schule treten zum Vorschein: die Konzentration nimmt ab; Andere Verhaltensauffälligkeiten; Verschlechterung der Noten; Angst vor der Schule oder Kinder weigern sich die Schule zu besuchen;

Unsoziales Verhalten oder Verhalten, das die Aufmerksamkeit auf das Kind lenkt, wird bemerkbar: Befolgt keine Regeln oder Vorschriften; Verwendung von Schimpfwörtern; Durchführen von Sachbeschädigung; Diebstahl begehen;

Positive Veränderungen fallen auf durch: Erhöhung der Feinfühligkeit; Weiterentwicklung der eigenen Persönlichkeit; Steigerung des Verantwortungsgefühls; Positiver Effekt auf das Selbstwertgefühl und Besseres Verständnis den Eltern gegenüber; (vgl. Lewandowski, 1992, S. 576)

Welchen Weg auch Kinder bereit sind zu gehen, wenn sie das Gefühl haben einen geliebten Menschen zu verlieren, schockiert in seiner Klarheit und Offenheit; „ [...] den **Suizid** von Kindern als letzte Konsequenz solcher Trauerprozesse beschrieben. Todeswünsche entstehen aber nicht nur infolge eines Verlustes, sondern auch angesichts drohender Verluste.“ (Seiffge-Krenke, 2009, S. 46) Diese Worte verdeutlichen, welche Tragweite die Erkrankung eines Familienmitgliedes für ein Kind haben kann. Daran kann man erkennen, dass Kinder Liebe, Schutz und Beistand benötigen, um so ein tragisches Ereignis verarbeiten zu können.

5.2.3. Unterstützung des Kindes

Die Möglichkeit der Hilfestellung der Kinder ist nur möglich, wenn man die Familie miteinbezieht und das Kind im Kontext seiner Familie betrachtet.

Lenz (2005) behandelt das Thema, welche Hilfe und Unterstützung Kinder erhalten, benötigen und fordern, deren Eltern eine psychische Erkrankung haben.

Folgende Auflistung zeigt, wie Kinder die Erkrankung ihrer Eltern erleben, was für Kinder als Angehörige wichtig ist und welche Wünsche sie haben: Unterstützung zu erhalten während des Spitalaufenthaltes von ihrer persönlichen Umwelt; Kinder versuchen den erkrankten Elternteil, durch Mitarbeit oder Übernahme von hauswirtschaftlichen Tätigkeiten und der Versorgung von kleineren Geschwistern, zu entlasten; Die Unterstützung von einer professionellen Seite fehlt fast gänzlich;

Nützlich finden Kinder, ausreichende und kindgerechte Aufklärung und Darlegung über die Erkrankung, Ursprung und Entwicklung; Wenn man die Hoffnung verliert oder verzweifelt ist, können Informationen eine Hilfestellung sein, um negative Gefühle abbauen zu können; Kinder wünschen sich, dass man zu ihnen ehrlich und aufgeschlossen ist.

Kinder wünschen sich Unterhaltungen, bei denen sie erklärt bekommen, wie man sich gegenüber der erkrankten Person verhalten soll; sie benötigen Gespräche, bei denen sie Hilfestellungen erhalten, wie sie mit den eigenen Strapazen umgehen sollen; wünschen sich als eigene Persönlichkeit und als Mensch, der ebenfalls davon betroffen ist, registriert zu werden; Kinder fänden es ideal, wenn sie sich mit anderen Kindern, gleichen Alters treffen würden, deren Eltern ebenfalls eine psychische Erkrankung haben, um Erfahrungen austauschen zu können; (vgl. Lenz, 2005a, S. 123–127) An diesen Punkten lässt sich erkennen, dass Kinder erkrankter Eltern derzeit nicht ausreichend Unterstützung oder Hilfsangebote erhalten. Es ist klar zu erkennen, dass Kinder ihre Wünsche bezüglich der Hilfestellung konkret äußern können und darüber hinaus in der Lage sind, darüber zu entscheiden, was gut für sie ist und was positiven Einfluss auf sie nehmen kann. Auch wenn Erwachsene dazu tendieren, immer zu wissen, was für Kinder am besten sei, sollten wir gerade in Krisensituation sensibel auf die Meinungen, Äußerungen und Wünsche der Kinder hören, erst dann wird es möglich sein, diese umsichtig zu erfüllen. Lewandowski (1992) geht auf die Relevanz der Unterstützung und der Aufklärung entsprechend dem kindlichen Alter ein. Man soll Kinder deren Familienangehörige kritisch erkrankt sind nicht ohne Hilfestellung und kindgerechten Informationen zurücklassen. Kindgerechte Informationen und Unterstützung der Familie durch die Pflegeperson, kann der ganzen Familie und vor allem dem Kind in dieser Situation helfen. (vgl. Lewandowski, 1992, S. 583)

5.2.4. Aufklärung des Kindes

Ein relevanter Faktor ist die Aufklärung des Kindes über die Erkrankung eines Familienmitgliedes. Dieser Abschnitt geht auf die positiven Gesichtspunkte ein, die man mit einer kindgerechten Information erreichen kann.

Die Bedeutsamkeit der Aufklärung

Die Aufklärung über die Situation, in der sich die erkrankte Angehörige befindet, gestaltet sich als schwierig, ist jedoch für Kinder notwendig, dies wird in der folgenden Passage erörtert. Auch wenn Kinder verletzlich wirken und primär vor Sorgen und Leid zu schützen sind, ist es der falsche Weg, Kinder erkrankter Eltern aus der „Situation der Krankheit“ auszuschließen. Sogar

wenn man Kinder aus der Situation komplett ausschließen würde, würden diese die Veränderungen, Ängste und Unsicherheit spüren. Pott et al. (2005) bestätigen in ihrem Artikel „Wenn Mütter an Krebs erkranken: Seelische Auswirkungen auf Kinder und präventiver Handlungsbedarf“, dass Kinder deren Mütter an Krebs erkrankt sind, Unterstützung benötigen. Dies ist durch eine aufrichtige Kommunikation erzielbar, Kinder sollen die Möglichkeit haben, ihr Wissen über die Krankheit und der Situation zu decken. Bei der Aufklärung sollte das kindliche Alter beachtet werden. (vgl. Pott et al., 2005, S. 116)

Die kindgerechte Aufklärung ist wichtig, es kann zu negativen Effekten führen, wenn Kinder nur mangelnde oder gar keine Informationen erhalten. Pott et al. (2005) haben eine Tabelle nach der „American Cancer Society“ bearbeitet, die auf die Relevanz der Aufklärung der Kinder bezüglich der elterlichen Krebskrankheit hinweist. Wesentliche Punkte daraus sind:

Kinder sind sehr aufmerksam und begreifen schnell, wenn es zu Veränderungen in der Familie gekommen ist. Schließt man sie aus oder lässt man sie mit ihrer Fiktion alleine, so ist die Vorstellungskraft der Kinder meist negativer als die Wahrheit. Das Schweigen über eine Gegebenheit, in der sich die Familie befindet, deutet für Kinder darauf hin, dass der Umstand verheerend ist. Es besteht die Möglichkeit, dass sich die Kinder ihre Informationen von anderen Quellen besorgen, dies bringt die Gefahr mit sich, falsche Auskunft zu erhalten. Kinder können das Gefühl bekommen, dass die Familie sie ausschließt und sie kein wichtiger Teil der Familie sind, da mit ihnen nicht darüber gesprochen wird. Durch die kindliche Betrachtung kann es dazu führen, dass Kinder unkorrekte Spekulationen tätigen.

Eltern brauchen keine Kraft dazu aufwenden, Kindern eine falsche Wahrheit vorzuspielen, wenn diese aufgeklärt sind. Durch ausreichende Hilfestellung und Miteinbindung der Kinder können diese adäquate Coping Mechanismen entwickeln. Es bildet sich eine Erhöhung des Selbstwertgefühls und die Zuversicht, die Gegebenheit zu meistern. (vgl. Pott et al., 2005, S. 117)

Daraus ist zu schließen, dass dies ebenso bei anderen Erkrankungen von größter Priorität ist. Es ist von größter Wichtigkeit Kinder nicht auszuschließen und mit ihnen kindgerecht und dem Alter entsprechend zu kommunizieren und für Fragen jederzeit offen und ehrlich da zu sein. Durch ausreichende und kindgerechte Kommunikation, weiters durch Aufklärung über die Situation und des Krankheitsbildes des betroffenen Elternteils, kommt es zu einer positiven Beeinflussung des Coping Mechanismus bei Kindern.

In dem folgenden Zitat von Kuhn und Lenz (2008), aus dem Beitrag „Coping bei Kindern schizophren erkrankter Eltern“ lässt sich erkennen, wie relevant die Aufklärung bezüglich einer

Krankheit in der Familie ist. *„Günstigen Einfluss auf das Coping der Kinder haben die Anwesenheit eines gesunden Elternteils und altersadäquate Aufklärung über die Erkrankung der Eltern. [...] Notwendigkeit verstärkter sozialer Unterstützung der Kinder psychisch kranker Eltern durch Ausbau der Kooperation von Einrichtungen und durch Förderung sozialer Netzwerke.“* (Kuhn & Lenz, 2008, S. 736)

Rohrbach stellt fest, dass Angehörige einen deutlichen Wunsch nach ausreichender Auskunft haben, daher kann man daraus schließen, dass besonders Kinder auch ein solches Bedürfnis besitzen, dem nachgekommen werden sollte; *„[...] ihre Angehörigen haben ein ausgeprägtes Informationsbedürfnis bezüglich des aktuellen Zustandes, der therapeutischen Maßnahmen und der Prognose. Dieses Bedürfnis wird jedoch häufig nur unzureichend befriedigt.“* (Rohrbach, 2006, S. 26)

Lenz (2005) beschäftigt sich in seiner Studie mit Kindern, deren Eltern psychisch erkrankt sind, und geht unter anderem auf folgende Materie ein „Das Wissen der Kinder über die Krankheit ihrer Eltern“. Kinder, die detailliertes Wissen im Bezug auf die Erkrankung des Elternteils aufweisen können, geben an, dies in wiederholten Unterhaltungen von der Bezugsschwester, den Medizinerinnen oder den Therapeutinnen, erhalten zu haben. Der gesunde Elternteil ist meistens bemüht, die Krankheit des Partners zu verheimlichen. Es steckt die Annahme dahinter, dass der gesunde Elternteil, die Kinder schützen will.

Weiters stellte sich heraus, dass die Kinder von dem erkrankten Elternteil die meisten Informationen erhalten.

Durch die Gespräche mit den Kindern stellte sich heraus, dass diese überwiegend unpräzise über die psychische Krankheit in Kenntnis gesetzt worden sind. Die Mehrheit der Kinder wünschen sich mehr Aufklärung und diese sollte präziser gestaltet sein. Werden Kinder nicht ausreichend informiert, so entsteht eine folgeschwere Situation, die Kinder fühlen sich einsam und nicht verstanden und daher kommt es zu einer weiteren Strapazierung. (vgl. Lenz, 2005a, S. 113–115) Folgende Frage soll einen Denkanstoß geben, über die Bedürfnisse und die Rechte der Kinder nachzudenken: *„Wenn dies bei Kindern psychisch erkrankter Eltern zeigt, dass Kinder mehr Kommunikation, bessere und kindgerechte Aufklärung benötigen, warum sollte dies bei anderen Erkrankungen anders sein?“*

Kinder machen sich um ihre Eltern sorgen und haben ein Recht auf Einbeziehung, um verstehen zu können. Lenz (2005) stellt in seiner Studie folgendes dar; Kinder die in einem Alter zwischen 7. und 13. Jahren sind, ihren persönlichen Standpunkt, Einstellung und Gefühle klar darstellen können, auch wenn diese teilweise von den erwachsenen Angehörigen abweichen. (vgl. Lenz,

2005a, S. 127) Welche Folgen eine unzureichende Aufklärung der Kinder und Jugendlichen haben kann, soll nachstehendes begreiflich machen; „Die Kinder und Jugendlichen erhalten oftmals keine oder nur unzureichende Informationen über die Erkrankung ihrer Mutter oder ihres Vaters. Sie sind deshalb überwiegend auf eigene Überlegungen und Schlussfolgerungen angewiesen. [...] relativ diffuse Vorstellungen über die Erkrankungen ihrer Eltern besitzen, was ihre Ängste und Hilflosigkeit weiter verstärkt. [...] äußern die Kinder und Jugendlichen Wünsche nach konkreten Informationen über die psychische Erkrankung [...].“ (Lenz, 2005b, S. 395)

Die Pflicht besteht, Kinder altersgerecht über die Situation aufzuklären, "Many children were not informed by staff and the responsibility lay instead with the custodians." (Knutsson & Bergbom, 2007a, S. 370) "Parental support is an extremely important part of a child's coping skills. When this support is unavailable due to parental absence, a child may feel abandoned and unable to cope effectively with the situation." (Lewandowski, 1992, S. 574) ,dies ist die Aufgabe von Bezugsperson, Familie, aber auch der Pflege, da es sonst zu Schäden des Kindes kommen kann.

In diesem Themenbereich wird noch einmal auf die Rechte der Kinder eingegangen, die oft missachtet oder in Krisensituationen vergessen werden. „Die Charta für Kinder im Spital und Erläuterungen“ soll Kinder schützen und dabei helfen, dass deren Rechte als Patienten umgesetzt werden; "Die EACH-Charta beschreibt die Rechte aller Kinder vor, während und nach einem Krankenhausaufenthalt. Das Ziel von EACH (European Association for Children in Hospital) und seinen Mitgliedsorganisationen ist, diese Rechte in den Ländern Europas in verbindlicher Weise umzusetzen." (Schweiz. Verein KIND & SPITAL, 2002, S. 2)

In diesem Zusammenhang ist der 4. Artikel besonders relevant, dieser geht unter anderem auf das Recht der Information ein;

"[...] Kinder haben wie ihre Eltern das Recht, ihrem Alter und ihrem Verständnis entsprechend informiert zu werden."

[...]

- **Informationen für Kinder**

- sind dem Alter und Verständnis des Kindes angepasst und berücksichtigen seinen Entwicklungsstand;

- verstehen die augenblickliche Situation des Kindes;

- berücksichtigen die Aufnahmefähigkeit und -bereitschaft des Kindes ebenso wie seine Meinung*;

- ermutigen dazu, Fragen zu stellen, beantworten die gestellten Fragen und gehen beruhigend

auf Kinder ein, wenn sie Sorgen oder Ängste äussern;

- beinhalten geeignete mündliche, visuelle und schriftliche Formen, die durch Illustrationen, Modelle, Spiele oder andere Medien unterstützt werden;

- werden, wenn immer möglich, in Gegenwart der Eltern weiter gegeben“

[...]

- **Informationen, die den Bedürfnissen von Kindern und ihren Eltern entsprechen,**

[...]

- werden in einer stressfreien, geschützten und vertraulichen Umgebung ohne Zeitdruck gegeben;

- erfolgen durch erfahrenes Personal, das kompetent ist, Informationen in verständlicher Form zu geben;

- werden so oft wie nötig wiederholt, um das Verständnis zu erleichtern.

Das Personal vergewissert sich durch Rückfragen, dass die vermittelten Informationen vom Kind und seinen Eltern verstanden worden sind.

- *Kinder haben das Recht, ihre eigene Meinung zu äussern und können*
 - unter der Voraussetzung, dass sie die Reife haben, die Vorgänge zu verstehen*
 - ihren Eltern den Zugang zu Informationen über ihre Gesundheit untersagen. In einem solchen Fall ist das Personal verpflichtet, die grösstmögliche Sorgfalt auf aufzuwenden, um die Situation ein zuschätzen. Dem Kind werden Schutz, Beratung und Unterstützung gegeben. Das Personal stellt jedoch sicher, dass auch die Eltern, die unter Umständen psychologische und soziale Hilfe und Rat brauchen, die notwendige Unterstützung und Beratung erhalten.“[sic](Schweiz. Verein KIND & SPITAL, 2002, S. 7)*

Die Anführung der Charta für Kinder soll aufzeigen dass die Rechte der Kinder insbesondere bei eigenen Krankenhausaufenthalten eingehalten werden müssen.

Jedoch sollten diese Rechte auch bei Kindern aufgezeigt werden und eingehalten werden, die Angehörige einer erkrankten Person, im Speziellen eines Familienmitgliedes sind; „Sollten wir uns nicht bemühen, die Rechte der Kinder auf allen Gebieten umzusetzen und uns für die Bedürfnisse und Wünsche der Kinder starkzumachen?“

5.2.5. Das Kind als Angehörige im Krankenhaus

Die Suche nach Literatur, die sich spezifisch auf Kinder als Angehörige im Krankenhaus, deren Rollen und deren Bedürfnisse bezog, gestaltete sich als sehr schwierig. Es wurde keine Literatur

gefunden, die sich speziell auf diesen Sachverhalt bezog. Die Fachliteratur bezog sich auf Kinder, deren Eltern chronisch oder psychisch krank sind, oder unter der Suchkrankheit Alkoholismus leiden, ohne aber speziell auf die Rolle des Kindes im Krankenhaus einzugehen. Nicht überraschend war die Tatsache, dass wenig Wissen über Kinder als Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation besteht, jedoch als unerwartet stellte sich die Situation des fehlenden Wissens über Kinder „Allgemein“ als Angehörige und speziell im Krankenhaus dar. Die Disziplin der Kinderpflege und Kinderintensivpflege beschäftigte sich sicherlich als eine der ersten Zweige damit. Es erweckt fast den Eindruck, dass Kinder als Angehörige im Spital nicht existieren oder deren Rolle und Bedürfnisse schlichtweg vergessen oder ignoriert werden.

Das folgende Zitat lässt erkennen, dass es endlich an der Zeit ist, Kinder als Angehörige im Spital wahrzunehmen. Gerade da sie zu einer „vulnerablen“ Gruppe zählen, sind wir verpflichtet, sie zu schützen und zu unterstützen; *„Children also communicated feelings of vulnerability. For example, vulnerability associated with the threat of loss of his father and his father's love is particularly evident in the following passage from a 7-year-old boy who described what it was like to have his father [...] in the intensive care unit [...] “ I really miss my dad. I always sleep in his part of the bed and I am never going to change the sheets until he gets home.... I pray 100 times a day”.*“ (Titler, Zichi Cohen & Craft, 1991, S. 177)

Auseinandersetzung mit der Thematik Kinder als Angehörige im Krankenhaus

Wagner (2006) beschäftigt sich mit der Integration von Geschwistern kranker Kinder, dabei beschreibt sie die Situation der Kinder als Angehörige in den deutschen Kinderkrankenhäusern. Häufig entdeckt man Tafeln mit der Aufschrift „Kein Zutritt für Kinder unter 14 Jahren“, dies bedeutet, dass in der Gegenwart Kinder als Angehörige einfach ferngehalten und ignoriert werden. Ein positives Beispiel sind viele Entbindungsstationen, hier haben Kinder ihren angemessenen Platz als Angehörige eingenommen. (vgl. Wagner, 2006, S. 355) Die folgenden drei Beispiele zeigen auf, dass es doch den Ansatz der Auseinandersetzung mit Kindern als Angehörige im Krankenhaus gibt.

Rozdilsky (2005) beschreibt in dem Artikel „Enhancing Sibling Presence in Pediatric ICU“, wie man mit Kindern als Angehörige auf einer Kinderintensivstation umgehen sollte. (vgl. Rozdilsky, 2005, S. 451–461).

Aujoulat, Simonelli und Deccache (2006) beschreiben in ihrem Artikel „Health promotion needs of children and adolescents in hospitals: A review“, dass eine Arbeitsgruppe der WHO Richtlinien ausarbeitet, mit der Themenstellung; Welche Gesundheitsförderung benötigen

Kinder und Jugendliche als Patientin oder als Besucherinnen, im Krankenhaus? Welche Einrichtungen benötigen Spitäler, um den Kindern und Jugendlichen gerecht zu werden, die nach der „Ottawa Charter for Health Promotion“ vorgeschlagen wurden? (vgl. Aujoulat, Simonelli & Deccache, 2006, S. 23) Ein weiteres anerkennendes Beispiel mit der Auseinandersetzung von Kindern als Angehörige beschreibt Lenz (2005), er geht auf das Konzept eines Gruppenangebots von der AURYN-Kindergruppe ein. Diese machten sich zum Ziel ein Gruppenangebot für Kinder in einem Alter von 7 bis 14 Jahren zu erstellen, entwickelt wurde es an der Psychiatrischen Universitätsklinik Freiburg, es unterstützt die Stabilisierung der sozialen Netzwerke und der Förderung der Entstehung von neuen Netzwerken. (vgl. Lenz, 2005a, S. 178)

Kindliche Bedürfnisse als Angehörige

Lewandowski (1992) beschreibt, dass der gesunde Elternteil hohen Belastungen und Aufgaben ausgesetzt ist, wenn der andere Part kritisch erkrankt ist, da diese Erkrankung das ganze Familiensystem betrifft. Durch diese hohen Anforderungen, in dieser kritischen Situation, bleiben die kindlichen Bedürfnisse oft unerkannt oder unerfüllt. Es entwickeln sich bei den Eltern Gefühle der Traurigkeit, Hilflosigkeit und Depressivität, da sie erkennen, dass sie momentan nicht in der Lage sind, ihr Kind optimal zu unterstützen und für es da zu sein.

Gleichzeitig ist es möglich, dass die Eltern so überfordert sind, dass sie für die Kinder wenig Einfühlungsvermögen und Geduld aufbringen können. (vgl. Lewandowski, 1992, S. 574)

Dies lässt erkennen, welche Position Kinder als Angehörige einer kritisch Kranken einnehmen, insbesondere, wenn es sich um die Mutter handelt. Kinder sind an die Personen im System der Familie gebunden und nehmen daher ungewollt, eine abhängige und hilfsbedürftige Position ein, auf deren Bedürfnisse und Anliegen häufig nicht eingegangen werden. Aujoulat et al. (2006) beschäftigen sich in ihrem Beitrag auch mit den Bedürfnissen der Kinder als Besucher im Krankenhaus. Zusammenfassend haben Kinder folgende Bedürfnisse als Besucher im Spital: Unterstützung der Funktionstüchtigkeit der Familienfunktionen; Gesundheitsförderung der Kinder und Vernetzung der unterschiedlichen Disziplinen; (vgl. Aujoulat et al., 2006, S. 27)

Gegenwärtige Situation der Kinder als Angehörige im Krankenhaus

Die gegenwärtige Situation und Position der Kinder als Angehörige; „Das erhöhte Risiko für Kinder chronisch- und schwerkranker Eltern seelische Gesundheitsprobleme zu entwickeln, ist seit den 60er Jahren belegt (Rutter, 1966). Gleichwohl gibt es im Gesundheitswesen nach wie

vor wenig systematische Ansätze zur gezielten Prävention für diese Risikogruppe. [...] in der Erwachsenenmedizin Kinder als Angehörige von körperlich kranken Eltern bislang nicht selbstverständlich im Blickfeld der Behandler. [...] Kinder kranker Eltern um einen Artefakt des medizinischen Versorgungssystems handeln muss. [...] spielen Kinder kranker Eltern in klassischen Behandlungssettings der Erwachsenenmedizin in der Arzt-Patient-Beziehung keine Rolle.“ (Romer, 2007, S. 872)

5.3. Resümee

Dieser Abschnitt lässt erkennen, welche Tragweite das Auftreten einer Krankheit in einer Familie haben kann. Die Erkrankte ist immer im Kontext der Familie zu sehen, die ebenfalls von der Erkrankung betroffen ist, da es zu vielen Faktoren kommt, die den bis jetzt normalen Familienalltag vom Grunde auf verändern und unwillkürlich zu Belastungen führen.

Zwei Komponenten prallen aufeinander, einerseits die Angst um die geliebte Person, andererseits die Angst um die eigene Existenz. Kinder benötigen gerade in dieser schweren Zeit die Unterstützung der Eltern, diese erhalten sie oft nicht, da sich auch für die Eltern, die normalen Strukturen verändern und daher auch die Rollenverteilung umgestaltet wird, befinden sich Eltern ebenso in einer Krise. Eindeutig erfassbar wird, dass Kinder in dieser Ausnahmesituation in größerem Umfang Hilfestellungen, Fürsorge und einen schützenden Rahmen benötigen.

Jedoch reagieren Erwachsene in solchen Situationen oft paradox und gehen nicht auf die betroffenen Kinder ein, da sie in vielen Fällen mit sich selbst beschäftigt sind. Zum Schluss bleiben Kinder mit ihren Ängsten und Sorgen alleine.

In solchen schwierigen Lebenslagen müssen Kinder auf ihre eigenen Wünsche verzichten.

Eine auftretende Krankheit in der Familie kann so belastend sein, dass es zu einer Krise führt.

Die betroffenen Familien sind in der Lage diese Ausnahmesituation zu überwinden, jedoch wird die Fähigkeit der Bewältigung von vielen Faktoren beeinflusst und bedeutsam ist, dass Kinder sich immer an den Eltern orientieren. Gerade für die Kinder hat die Erkrankung einer Familienangehörigen eine große Bedeutung, oft sind sie gezwungen eine andere, ihnen fremde Position in der Familie einzunehmen.

Kinder zählen zu einer der vulnerabelsten Gruppen und trotzdem werden deren Wünsche und Bedürfnisse von der Familie und der Gesellschaft häufig missachtet, zeitgleich wird jeder

Versuch unternommen Kinder vor solch negativen Erfahrungen, wie einer „Krankheit eines Familienmitgliedes“ fernzuhalten und sie dadurch zu schützen.

Das Auftreten einer Erkrankung in der Familie ist meistens gefolgt von kindlichen Veränderungen, daher ist es relevant Kindern noch mehr Aufmerksamkeit zu schenken und auf physische und psychische Symptome zu achten, um richtig reagieren zu können und sich eventuell Unterstützung von Außen zu holen. Eine schockierende, aber deshalb nicht zu leugnende Erkenntnis ist, dass auch Kinder daran denken Suizid zu begehen, wenn sie Angst haben eine geliebte Person zu verlieren! Klar dargelegt wurde, die Tatsache, dass Kinder durchaus in der Lage sind, entsprechend ihrer Entwicklung und ihres Alters die Bedeutung von Gesundheit, Krankheit und Tod zu verstehen. Erwachsene müssen lernen den Kindern zu zuhören und ihnen Aufmerksamkeit zu schenken, denn Kinder besitzen die Kompetenz ihre Wünsche und Sorgen konkret zu verbalisieren, man muss nur genau zuhören. Kinder sollten immer kindgerecht über die derzeitige Situation aufgeklärt werden, da es ihr Recht ist und es den Bewältigungsvorgang positiv beeinflusst. Zu erkennen ist, dass die Hilfestellung von „Außen“, die Kinder und Eltern in gleichermaßen benötigen, so gut, wie nicht existiert. Einer der wichtigsten Grundsteine ist eine ehrliche, gut funktionierende Kommunikation innerhalb der Familie, dies muss auch die Kinder miteinschließen. Kinder sollten dazu angehalten werden ihre Gefühle, Eindrücke, Wünsche und Meinung zu äußern. Der Abschluss bringt eine weitere und sehr wichtige, aber unerwartete Erkenntnis mit sich, es scheint so, als existieren Kinder als Angehörige im Spital nicht und wenn überhaupt spielt sich ihre Existenz nur am Rande ab. Kinder zählen zu den Familienmitgliedern, die als Angehörige leider oft vergessen werden, dies geschieht wahrscheinlich unbewusst. Kinder benötigen die Familie als Schutzraum, der jedoch bei Erkrankungen von Familienmitgliedern an Stabilität verliert. Es kommt zu Situationen in denen Kinder alles daran setzen, ihre Familie zu schützen und aufrecht zu erhalten und zu pflegenden Angehörigen werden, folglich führt dies für die Kinder zu sehr großen Belastungen.

6. Diskussion der zentralen Fragestellungen

Dieses Kapitel befasst sich zu Beginn noch einmal mit den Fragen und geht in den einzelnen Abschnitten auf jeweils eine Hauptforschungsfrage und deren Unterfragen ein.

6.1. Darstellung und Bearbeitung der Forschungsfragen

Bei der Gestaltung der Forschungsfragen, entstanden zwei Hauptfragen, die zwei bzw. drei Unterfragen aufweisen.

Die erste Hauptfrage lautet:

„Was kennzeichnet die spezielle Situation von Kindern als Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation?“

Mit dieser Frage entstehen drei Unterfragen, die relevant sind:

- ***„Was macht Kinder als Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation außergewöhnlich?“***
- ***„Welche Wünsche äußern Kinder als Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation?“***
- ***„Welche Resultate können bei Kindern entstehen, wenn diese eine Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation besuchen?“***

Die zweite Hauptfrage lautet:

„Was kann seitens des Pflegepersonals gemacht werden, um Kinder optimal auf einer Erwachsenen-Intensivstation zu begleiten?“

Hier entstehen zwei Unterfragen:

- ***„Welche Interventionen sind vor, während und nach dem Besuch zu treffen?“***
- ***„Welche Unterstützung benötigt die Bezugsperson/Familie?“***

6.1.1. „Was kennzeichnet die spezielle Situation von Kindern als Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation?“

Bei der Beschäftigung mit dieser besonderen Thematik ist bei der theoretischen Auseinandersetzung mit der „kindlichen Lebenswelt“ zu erkennen, dass Kinder gerade als Angehörige, eine besondere Position einnehmen, und es kristallisierte sich heraus, dass sie sich in einer speziellen Situation befinden müssen.

Bedenken und Ängste des Umfelds

„Erhöhtes Infektionsrisiko“:

Gnass (2003) widerlegt das immer wieder verwendete Argument, dass für Kinder durch einen Besuch auf einer Intensivstation eine exorbitantere Gefahr besteht, eine Infektion zu erleiden, dabei bezieht sie sich auf Biley (1993). Es wird darauf hingewiesen, dass man ein striktes und allgemeines Besuchsverbot für Kinder als Besucher auf einer Intensivstation nicht deklarieren sollte, da das Immunsystem bereits im 6. - 9. Monat einen Schutz aufweist und es im Alter von 6. bzw. 7. Jahren eine volle Entwicklung aufweisen kann. Weiters weist Gnass darauf hin, dass keine wissenschaftliche Studie vorhanden ist, die der Frage „Wie hoch ist die Infektionsgefahr für Kind und Patientin?“ nachging.

Es liegen Studien auf, die von der Pädiatrie stammen und sich mit der Frage beschäftigen, ob es zu einem Anstieg der Infektionsrate kommt, wenn Kinder ihre Geschwister auf einer Intensivstation für Neugeborenen besuchen, in diesem Rahmen wird auf den notwendigen und korrekten Umgang mit den hygienischen Richtlinien bei einem Besuch verwiesen. Gnass verweist auf Cullen, Titler und Drahozal (1999), die sich mit den oben erwähnten Studien auseinandersetzten und klarstellten, dass es zu keinem Anstieg bakterieller Infektionen gekommen ist, es wurden auch Kinder in einem Alter von 9. Monaten miteinbezogen.(vgl. Gnass, 2003, S. 5) Pierce (1998) weist ebenfalls darauf hin, dass das Argument des erhöhten Infektionsrisikos in mehreren Studien behandelt worden ist und folgender Schluss gezogen wurde, bei Abteilungen, die von Kindern besucht worden sind, konnten kein gesteigertes Infektionsrisiko nachgewiesen werden (vgl. Pierce, 1998, S. 86). Bei korrekter Einhaltung von hygienischen Richtlinien weist Gnass (2009) ebenfalls darauf hin, dass die Gefahr einer Infektion auf beiden Seiten, fast ausgeschlossen werden kann und verweist auf Johnson (1994) und Daschner (2002). (vgl. Gnass, 2009, S. 8)

„Entstehung eines Traumas“

Plowright (1996) geht auf ein weiteres Argument ein; es ist nicht bewiesen, dass ein Trauma des Kindes als Folge des Besuchs der Angehörigen auf der Intensivstation entsteht, hier verweist sie auf Lewandowski (1992) (vgl. Plowright, 1996, S. 235).

Auch die antagonistische Standpunkte sind bedenken und anzuführen, Johnson (1994) gehen auf mögliche Probleme ein, die bei einem Besuch von einem Kind auf einer Intensivstation entstehen können: psychologische Auswirkungen bei dem Kind oder der Patientin, Behinderung der Pflegetätigkeiten und die erhöhte Infektionsgefahr, jedoch existieren dazu sehr wenige oder gar keine Daten. (vgl. Johnson, 1994, S. 153) Daraus ist zu schließen, dass die Möglichkeit einer Infektion beider Seiten und negative psychologische Folgen nicht bewiesen sind, auch wenn nicht so ein großes Ausmaß an Daten bestehen. Diese Faktoren sollten jedoch nicht als grundsätzlicher Ausschlusspunkt für den Zugang für Kinder verwendet werden, da dies negative Folgen haben kann, wie in der theoretischen Auseinandersetzung bereits erörtert wurde.

Richtlinien, Leitfäden und Konzepte

Bei der Vertiefung in die Literatur, wurde schnell ersichtlich, dass Kinder als Angehörige selten wahrgenommen werden und sehr oft ausgeschlossen werden. Dies spiegelt sich in dem Nichtvorhandensein von Richtlinien, Leitfäden, Konzepten und Angeboten im Umgang mit Kindern als Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation wider, wie Gnass (2006) aufzeigt. Man kann kein übereinstimmendes Ergebnis darlegen, wenn man die Regelungen des Besuchs von Kindern als Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation betrachtet. Gnass bezieht sich bei der folgenden Darstellung auf Titler, Zichi Cohen und Craft (1999) und Clarke 2000. Wenn es zur Begrenzung von dem Besuch der Kinder kommt, wird dies von den Angehörigen der Familie, sowie von den Pflegepersonen damit begründet, dass sie die Befürchtung haben, den Kindern psychischen oder physischen Schaden zuzufügen. Weiters wird zu bedenken gegeben, dass ein Risiko einer übertragbaren Erkrankung auf beiden Seiten besteht. Darüber hinaus eine Strapazierung des Kindes durch das fremde mit Geräten ausgestattete Umfeld entstehen kann. Die fehlende oder veränderte Kommunikation mit der Angehörigen und die Änderung des körperlichen Erscheinungsbildes, können für das Kind belastend sein. (vgl. Gnass, 2006, S. 405)

Nach genauer Betrachtung und Überlegung des oberen Absatzes kristallisiert sich heraus, dass Kinder als Angehörige einer Erwachsenen Intensivstation folgendes gemeinsam haben: bis jetzt fehlen in der Pflege einheitliche Richtlinien in Bezug auf den Besuch; es kommt zu

Begrenzungen des Besuches von erwachsenen Personen; Erwachsene versuchen Kinder zu schützen und berufen sich auf Argumente, die teilweise schon überholt sind, oder nicht auf wissenschaftlichen Beweisen beruhen. Knutsson, Otterberg und Bergbom, (2004) zeigen auf, dass die Situation in Schweden ähnlich ist. Von den Intensivstationen, die an der Untersuchung teilnahmen, können 70% keine Richtlinien für Kinder als Besucher auf Erwachsenen-Intensivstationen aufweisen. Eine einzige Station war im Besitz von schriftlichen Richtlinien, im Bezug auf Kinder als Besucher auf einer Erwachsenen-Intensivstation. (vgl. Knutsson, Otterberg & Bergbom, 2004, S. 264–268)

Hilfestellungen von anderen Professionen

Ein weiteres Defizit sind die fehlenden strukturellen Unterstützungsmöglichkeiten und Netzwerkverbindungen zu anderen Professionen, die deutlich erkennbar sind. Knutsson et al. (2004) stellen fest, dass nur ein Krankenhaus von den 56., die an der Untersuchung teilnahmen (Schweden), Sozialarbeiterinnen zur Unterstützung hinzuzogen, wenn Kinder auf einer Erwachsenen-Intensivstation zu Besuch kamen (vgl. Knutsson et al., 2004, S. 268). Lewandowski (1992) bestätigt, dass es an wissenschaftlich begründetem Wissen fehlt.

Die Forschung hat ihren Fokus auf Kinder und deren Familien gelegt, in denen ein Kind erkrankt ist. Dabei ist es für ein Kind schon schwierig, wenn die Schwester oder der Bruder erkrankt ist, aber es ist noch einschneidender, wenn ein Elternteil erkrankt. Das Kind wird wahrscheinlich stärkere Reaktionen zeigen und muss sich einem größeren Rollenwandel anpassen. Lewandowski beschreibt wie wichtig es ist, dass man sich mit den Kindern von Erkrankten beschäftigt und sich dabei auch mit der Familie auseinandersetzt und sich der entstehenden Dynamik in der Familie widmet, die sich bei einer Erkrankung entwickelt. (vgl. Lewandowski, 1992, S. 573–574) Daher ist deutlich zu erkennen, dass Kinder immer in ihre Familie eingebunden sind und auch an die Entwicklung der anderen Familienmitglieder angewiesen sind. Dies ist ein relevanter Faktor, den alle Kinder von Intensivpatientinnen gemeinsam haben und dieser muss immer beachtet werden, wenn man Kinder in dieser schwierigen Phase als Intensivkrankenschwester begleiten möchte.

Beschränkungen oder Verbot des Besuches

Ein weiteres Defizit stellen die Besuchsmöglichkeiten für Kinder dar, da diese in vielen Fällen, prinzipiell als Besucher ausgeschlossen werden. Metzing (2008) beschreibt in ihrem Beitrag „Ohne Familie geht’s nicht“, dass vorwiegend ein „restriktives“ Besuchsmodell im angloamerikanischen Raum besteht (vgl. Metzing, 2008, S. 220). Abt-Zegelin, Juchems, Laible,

und Mayer zeigen, dass bei einer Befragung von 240 Fachweiterbildungsstätten für Intensivpflege und Anästhesiepflege in Deutschland, Beschränkungen in der Praxis vorhanden sind, aber man sich vom restriktiven Besuchsmodell eher entfernt (vgl. Abt-Zegelin et al.). Man kann anhand dieser Darstellung gut erkennen, dass es schon bei Erwachsenen in unterschiedlicher Weise zu Beschränkungen im Besuchsrecht kommt.

6.1.1.1. „Was macht Kinder als Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation außergewöhnlich?“

Die Tatsache, dass Kinder etwas ganz „Besonderes“ sind, wurde in der theoretischen Aufarbeitung des Kapitels „kindliche Lebenswelt“ ausführlich dargestellt und wissenschaftlich begründet. Bei der Beantwortung der Forschungsfrage *„Was macht Kinder als Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation außergewöhnlich?“*, kann man zwei Schwerpunkte erkennen. Ein Fokus, der nicht variabel ist, weist deutlich darauf hin, dass Kinder als Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation außergewöhnlich sind, begründet darauf, dass sie „Kinder“ sind. Der zweite Blickwinkel macht deutlich, dass die gegenwärtige Situation und Position, Kinder in einer anderen Art und Weise außergewöhnlich macht, da sie nur in Ausnahmefällen integriert werden. Gnass (2005) legt dar, dass sich die Einbettung der Kinder als Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation, erst am Anfang befindet (vgl. Gnass, 2005, S. 6). Jedoch wäre diese Gegebenheit für die Kinder jederzeit zum Positiven modifizierbar, wenn die Erwachsenen bereit wären, Verantwortung zu übernehmen, dies macht der folgende Abschnitt deutlich.

Beziehung zu der Bezugsperson

Außergewöhnlich macht Kinder, dass sie eine ganz besondere und enge Beziehung zu ihrer Bezugsperson oder -personen haben und dies von großer Relevanz für ihr Leben ist, dies wird hier dargestellt.

Lewandowski (1992) zeigt eine weitere Besonderheit der Kinder auf, die sie als Angehörige außergewöhnlich machen.

In der Phase, in der ein Elternteil kritisch erkrankt ist, muss das Kind sich nicht nur mit seinen Sorgen, Ängsten und der Trennung auseinandersetzen, sondern auch mit einer veränderten Beziehung zu dem gesunden Elternteil.

Zusätzlich verbringt dieser viel Zeit im Spital und die Kinder fühlen sich auch dadurch oft alleine und wissen nicht mehr, wie sie mit dieser Gegebenheit umgehen sollen.

Durch diese ganzen Veränderungen im Alltag, zeigen Kinder negative Gefühle und deren Verhaltensweise ändert sich. (vgl. Lewandowski, 1992, S. 574)

Daraus entsteht die Situation, dass nicht nur die Kinder von der Pflege mit Informationen und Hilfestellungen zu versorgen sind, sondern auch der gesunde Elternteil. Die Pflege hat daher die besondere Aufgabe, zwischen dem Kind und den Eltern zu vermitteln und die Veränderung in der Verbindung aufzuzeigen, sodass die Eltern positiv dagegen wirken können und ihnen diese Änderung auch bewusst wird.

Allgemeine Kennzeichen von Kindern als Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation

Der folgende Abschnitt beschäftigt sich mit möglichen Effekten von Kindern und deren Familien, die durch ein kritisch erkranktes Familienmitglied betroffen sind.

Die folgende Tabelle zeigt die Auswirkungen und Beeinträchtigung der Familie oder der Kinder von kritisch kranken Angehörigen, die Darstellung ist adaptiert von der Tabelle

“FACTORS AFFECTING CHILDREN’S OR FAMILY’S RESPONSES TO CRITICAL ILLNESS OF A FAMILY MEMBER”.

Faktoren	Auswirkungen
Beziehung zwischen Patientin und dem Kind	Es kommt zu differenter Betroffenheit, wenn ein Mitglied der Familie erkrankt ist, je nach dem ob es ein Elternteil, Schwester oder Bruder ist.
Entwicklungsstufe des Kindes	Der momentane Status der kognitiven und emotionalen Entwicklung beeinflusst die Fähigkeit des Verständnisses und Bewältigungsfähigkeit.
Art der Krankheit oder Verletzung (akut oder chronisch)	Diese Situation kann zu einer Veränderung der Bewältigungsmechanismen führen, die Familienmitglieder sind schockiert und dies führt zu einer Veränderung der normalen Organisation in der Familie.
Empfindung oder Auffassung der Erkrankung oder Verletzung	Die Möglichkeit der Stabilität der Familie steht im engen Zusammenhang mit der Einstellung in Bezug auf die Krankheit.

	Die Erfahrungen und die optimistische Einstellung der Familie sind bedeutend, für eine positive Weiterentwicklung, in dieser Situation. Ein weiterer entscheidender Punkt ist der kognitive Entwicklungsstand des Kindes, dieser ist entscheidend für das Verständnis des Kindes für diese Situation und deren Auffassungsvermögen.
Die Häufigkeit und Beständigkeit von zusätzlichen momentanen oder früheren Belastungen	Es besteht ein höheres psychologisches Risiko für Kinder, die in ihrem familiären Alltag eine hohe Anzahl von Stressoren aufweisen.
Möglichkeiten der Unterstützung in dieser Situation	Die Umwelt und erwachsene Personen besitzen die Fähigkeit, die Belastungen zu minimieren, die durch ein kritisch erkranktes Familienmitglied entstehen.

(vgl. Lewandowski, 1992, S. 574)

Tabelle 4: Faktoren und Auswirkungen; Quelle: Lewandowski, 1992, S. 574;

Diese Übersicht stellt wesentliche Faktoren dar, die Kinder von erwachsenen Angehörigen unterscheiden und sie daher außergewöhnlich machen.

Zweifellos sind auch erwachsene Personen mit ihrem persönlichen Familiensystem verbunden, allerdings weisen Kinder, wie man der Tabelle entnehmen kann eine hohe Abhängigkeit von ihren Bezugspersonen und ihrer Umwelt auf.

Ein weiterer Faktor ist die kognitive Entwicklung, die bei Kind unterschiedlich ist.

Miteinbeziehen der Kinder und wissenschaftliche Auseinandersetzung

In dieser Passage wird darauf hingewiesen und belegt, dass Kindern als Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation nicht dieselben Rechte eingeräumt werden, wie Erwachsenen.

Lewandowski (1992) greift einen wichtigen Faktor auf, der sich sowohl in der Wissenschaft als auch in der Praxis der Pflege widerspiegelt. Der Fokus der Forschung bezieht sich bis jetzt fast ausschließlich auf „Erwachsene“ Angehörige. (vgl. Lewandowski, 1992, S. 573).

Die Situation von Kindern als Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation; „*The findings illustrated that there was a lack of written policy and very little written information for adult visitors regarding the needs of children who have a loved one in ITU. There was also a dearth of resources for nursing staff pertaining to children and their needs (when visiting a critically ill adult), including a lack of any formal or informal education on the subject.*” (Vint, 2005a, S. 149) Die Betrachtung der Anzahl von wissenschaftlichen Arbeiten, die sich mit der Thematik, beschäftigen und der Blick in die Pflegepraxis im deutschsprachigen Raum, lassen darauf schließen, dass ein ähnliches Bild auch in Österreich wiederzufinden wäre.

Gnass (2009) geht auf eine Publikation von Juchems (2008) ein und stellt ein signifikantes Ergebnis für Deutschland dar, 50,4 % der Erwachsenen-Intensivstationen haben auf ihrer Station die Regelung, dass Kinder erst ab dem 14. Lebensjahr eine Angehörige besuchen dürfen (vgl. Gnass, 2009, S. 8). Dadurch verwehrt man Kindern, dass sie zu ihren Eltern die Bindung und die Beziehung aufrechterhalten können. Anzumerken ist, dass diese Entscheidung daher nicht ausschließlich die Eltern oder Bezugspersonen treffen, sondern fremde Menschen, die diese Richtlinien beschlossen haben.

Clarke und Harrison (2001) bestätigen, dass es häufig zu Situationen kommt, in denen die Kinder nicht auf die Erwachsenen-Intensivstation kommen dürfen, um nach ihrer Angehörigen zu sehen, da die betreuende Intensivkrankenschwester dies nicht erlaubt, dabei beziehen sie sich auf Plowright (1996) (vgl. Clarke & Harrison, 2001, S. 63). Es ist zu erkennen, dass Kinder als Angehörige auf einer Erwachsenen- Intensivstation nahezu kontinuierlich aus der Pflege ausgeschlossen werden, sowohl in der Praxis als auch in der Wissenschaft. Es gibt wenig fundiertes wissenschaftliches Wissen in dieser Thematik, daraus ist zu schließen, dass an ausreichenden Kenntnissen über Kinder als Angehörige und im Speziellen als Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation fehlen:

Kinder als Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation; spezielle Situation der Kinder als Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation; Wünsche der Kinder als Angehörige; Umgang mit Kindern als Angehörige; optimale Vorbereitung eines Besuches; bestmöglicher Ablauf eines Besuches; mögliche Interventionen, die von der Pflege geleistet werden können; positive und negative Auswirkungen eines Besuches; Belastungen der Kinder in dieser speziellen Situation; benötigte Hilfestellungen der Kinder, Eltern und Bezugspersonen und Belastungen des Pflegepersonals durch den Besuch der Kinder. Diese angeführten Punkte müssen wissenschaftliche Bearbeitung finden um in dieser Thematik Weiterentwicklung und Verbesserung zu erzielen.

Informationsstand

Bei der Recherche auf diversen Homepages fand sich selbst auf der des Universitätskrankenhauses AKH keine Hinweis zu der Thematik. Das folgende Zitat lässt die momentane Situation der Kinder als Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation, in Österreich, erahnen; *„Erwachsene Angehörige haben die Möglichkeit, sich während ihres Besuches Informationen zum Gesundheitsstand und zur Prognose des Schwerstkranken zu holen. Dieser Zugang ist Kindern in Deutschland durch uneinheitliche Handhabung von Besuchsregelungen verwehrt.“* (Gnass, 2008b, S. 232)

Strukturelle Voraussetzungen

Eine optimale Struktur, auf der man aufbauen könnte, ist in den Spitälern und insbesondere auf den Intensivstationen gegenwärtig nicht gegeben. Clarke und Harrison (2001) geben einen wichtigen Hinweis auf ein bestehendes strukturelles Problem der Krankenhäuser. Es fehlt an Räumlichkeiten, in denen Kinder spielen können und insbesondere Intensivstationen sind nicht auf Kinder eingestellt. Ein großer Schritt um Familien zu zeigen, dass sie willkommen sind, wäre ein Aufenthaltsraum, der „Kinder- und Familienfreundlich“ ist. (vgl. Clarke & Harrison, 2001, S. 67) Die momentan vorhandenen Strukturen, die in den österreichischen Krankenhäusern bestehen, beeinflussen den Zugang für Kinder negativ. Die Erneuerung der strukturellen Gegebenheiten ist eine wichtige Aufgabe und Grundvoraussetzung der oberen Führungsebenen.

6.1.1.2. Welche Wünsche äußern Kinder als Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation?

Das Ziel dieser Forschungsfrage ist es, die Veranschaulichung und Charakterisierung der Wünsche der Kinder aufzuzeigen, da die Anliegen der Kinder leider oft ignoriert werden.

Nur durch die ehrliche und offene Auseinandersetzung mit Kindern, die Angehörige von Erwachsenen auf einer Intensivstation sind, werden wir in der Lage sein, deren Wünsche zu erfahren, zu verstehen und die Möglichkeit haben darauf einzugehen. Gnass (2008) erläutert, welche Bedürfnisse Kinder in einer solchen Krise aufweisen. Kinder möchten Informationen erhalten, es ist ihnen sehr wichtig eine Bezugsperson in ihrer Familie zu haben, um über ihre Emotionen sprechen zu können, denn so ist es ihnen möglich, die Gegebenheit nachvollziehen zu können. (vgl. Gnass, 2008a, S. 2)

Craft, Zichi Cohen, Titler und De Hamer (1993) stellten Aussagen von Kindern vor: wünschen sich Gespräche (über Gefühle) mit den Eltern, mit erwachsenen Personen aus der Familie

„Reden“, emotionale Zusprache von Angehörigen der Familie und Freunden, Unternehmungen mit Geschwistern und Freunden, Einfühlungsvermögen der Lehrerin, dass Freunde sich um ihre Verpflegung kümmern und wünschen sich kein Mitleid von Fremden und flüchtigen Bekannten (vgl. Craft, Zichi Cohen, Titler & De Hamer, 1993, S. 68). Zu erkennen ist, dass Akzeptanz, Zugehörigkeit und Zuwendung gerade in diesen Momenten von großer Bedeutung ist und diese Grundbedürfnisse zu erfüllen sind.

Knutsson, Samuelsson, Hellström und Bergbom (2008) beschäftigten sich in ihrer Studie mit differenten Schwerpunkten: *“It meant waiting“*, *“It was strange“*, *“It was white“* und *“It was good“* und befragten die Kinder zu diesen Punkten. Kinder gaben an, dass sie für gewöhnlich sehr lange warten mussten, bevor sie ihre Angehörige besuchen durften und dies sehr schwierig für sie war. Jedoch haben manche Kinder, „Warten“ mit dem Gefühl der Hoffnung verbunden. Weiters bemerkten die Kinder die körperlichen Veränderungen der Angehörige, das andere Umfeld und die technischen Geräte, die ihnen seltsam vorkamen oder auch das Gefühl der Angst bei ihnen erzeugten. Ein Kind erzählte, dass es Angst hatte, dass das EKG eine Nulllinie zeigt, wie man es im Fernsehen sieht und die Angehörige dann stirbt. Ein weiterer Punkt, den Kindern für negativ hielten, war die Farbe „Weiß“, da sich alles in weiß hielt und dies strahlte Dürsterheit, Bedrücktheit aus, die Kinder hatten eine Aversion gegen die Farbe „Weiß“. Die Kinder gaben an, wie schön es ist, dass sie ihre Angehörige besuchen konnten und deren Hand halten zu können, sie zu küssen usw. (vgl. Knutsson, Samuelsson, Hellström & Bergbom, 2008, S. 158–160)

Man kann daran erkennen, dass Kinder Schwerpunkte, die für sie wichtig sind, aufzeigen und diese auch benennen können, daraus sind deren Wünsche zu erkennen. Für Kinder ist es sehr schwer, lange zu warten und dazu noch in einem Raum oder vor dem Patientinnenzimmer, ohne eine kindgerechte Beschäftigung. Die Farbe weiß wirkt sich auf sie negativ aus und sie würden sich wohler fühlen, wenn die Räumlichkeiten schöner und bunter gestaltet wären.

Ein sehr wichtiger Punkt ist, dass Kinder mit ihren Aussagen über das Umfeld und den technischen Geräten, ebenfalls erkennen lassen, dass sie sich Information und Zusprache wünschen. Am Schluss bestätigen Kinder, wie wichtig für sie der Besuch der Angehörigen auf der Erwachsenen-Intensivstation ist.

6.1.1.3. Welche Resultate können bei Kindern entstehen, wenn diese eine Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation besuchen?

Es ist von großer Bedeutsamkeit, dass die Pflege über das Wissen verfügt, dass mögliche positive und negative Veränderungen, bei oder durch einen Besuch, entstehen können.

Nur dadurch ist es der Pflege möglich, die Eltern oder Bezugspersonen auf mögliche Veränderungen hinzuweisen, auf die reagiert werden müssen. Bevor auf diese Forschungsfrage eingegangen wird, ist es wichtig noch einmal explizit auf den Teil „kindliche Lebenswelt“ hinzuweisen, indem es zur Auseinandersetzung mit möglichen Veränderungen von Kindern, deren Eltern erkrankt sind, gekommen ist. Daher ist daraus zu schließen, dass Kinder ebenfalls Veränderungen aufweisen können, wenn sie „nur“ darüber Bescheid wissen, dass ein Familienmitglied erkrankt ist, ohne schon einen Besuch abgehalten zu haben.

Demzufolge kann es schon zu Reaktionen kommen, bevor ein Kind z. B. ihre Mutter oder ihren Vater besucht hat, es ist wichtig, dies zu bedenken, Veränderungen sind schon vor einem Besuch wahrscheinlich, Craft et al. untermauern in ihrer Studie diesen Punkt. Craft et al. (1993) beschreiben Emotionen Furcht, Fassungslosigkeit, Verwirrtheit die bis zum Schock führen können (vgl. Craft et al., 1993, S. 66).

Bei der Beantwortung der Forschungsfrage liegt der Fokus auf den Resultaten eines Besuchs auf der Erwachsenen-Intensivstation. Jedoch muss reflektiert werden, seit wann Veränderungen bestehen und ob es bei weiteren Entwicklungen, positiv oder negativ, mit einem Ereignis, wie z. B. einem Besuch in Verbindung gebracht werden kann.

Knutsson und Bergbom (2007) teilten die Reaktionen der Kinder in drei Hauptkategorien ein, die direkt bei einem Besuch entstehen können. Die folgende Ausführung ist eine Anlehnung an die Tabelle *“ The child`s reactions and behaviour, as reported by the respondents, on entering the patient`s room, seeing the ill/injured nearest and the ICU equipment and environment“*

Das Verhalten des Kindes beim Betreten des Zimmers der Patientin kann positiv, erfreut, erstaunt, beunruhigt, still, ängstlich, besorgt, vorsichtig, unverändert sein oder es zeigt kein Interesse an der Angehörigen. Das Kind kann sich freuen, lächeln, weinen, schreien, ängstlich sein oder dieselbe Verhaltensweise wie immer aufweisen, wenn es die Angehörige sieht. Beim Anblick des Umfelds und des Equipments auf der Intensivstation ist es denkbar, dass das Kind kein Interesse daran zeigt, interessiert, ängstlich, erstaunt oder überrascht wirkt. (vgl. Knutsson & Bergbom, 2007, S. 367)

In einem Interview mit einem 8 jährigen Mädchen, Namens Emily, schilderte diese: *„The first time I started crying, but the second time I was fine because I saw him (father) all wired up the*

first time.“ (Kean, 2010, S. 872) In dieser Aussage wird anfängliche Angst sichtbar, die jedoch nach dem zweiten Besuch verschwindet. Johnson (1994) weist darauf hin, dass Kinder bei einem Besuch auf einer Erwachsenen-Intensivstation, die unterschiedlichsten Reaktionen zeigen können. Besonders kleinere Kinder, die noch in die Vorschule gehen (bezieht sich auf Kinder von 3-5 Jahren), wollen oft gleich wieder nach Hause gehen, nach dem sie sich vergewissert haben, dass der Elternteil lebt, oder sie fangen einfach an zu spielen. (vgl. Johnson, 1994, S. 161) Kinder überraschen Erwachsene häufig durch ihr Verhalten und gerade damit muss man in der Zusammenarbeit mit Kindern rechnen, daher kann nicht jede Reaktion von Kindern vorausgesagt werden und sollte auch nicht immer in Frage gestellt werden. Gnass (2006) geht auf mögliche Veränderungen im Verhalten der Kinder ein, die in der Familie eine Person haben, die bedrohlich erkrankt ist, und bezieht sich auf Lewandowski (1992). Da beim Teil „Kindliche Veränderung“ sehr genau die Änderungen des Verhaltens und eventuell auftretende psychische und physische Symptome behandelt worden sind, folgt hier nur mehr eine kurze Zusammenfassung der Oberpunkte.

Folgende negative Veränderungen können auftreten: Änderung der Gemütslage; soziale Verhaltensweise zeigt Änderungen auf; im kindlichen Verhalten lassen sich Rückschritte erkennen; zeigt sich verängstigt; es entwickeln sich physische Kennzeichen einer Krankheit; Leistungspotenzial in der Schule nimmt ab oder weisen Verhaltensweisen auf, die nicht sozial sind oder einfach die Konzentration auf das Kind lenkt.

Positive Veränderungen können entstehen, wie: erhöhte Feinfühligkeit oder Verständnis; Entfaltung des Charakters, entwickelt sich stärker und es entsteht ein Gefühl für Verantwortlichkeit; gesteigertes Empfinden für die persönlichen Fähigkeiten und den Wert der eigenen Person entfaltet sich; vermehrtes Feingefühl für die Empathie der Eltern; (vgl. Gnass, 2006, S. 406)

Durch die Bearbeitung des Teils *Krankheit im familiären Kontext* zeigte sich, die Wichtigkeit, dass Pflegepersonen, die eng mit Kindern zusammenarbeiten, Wissen über mögliche kindliche Veränderungen aufweisen und dies den Bezugspersonen vermitteln können. Die Pflege muss also das notwendige pädagogische Wissen aufweisen und über die Fähigkeiten verfügen, das Verhalten des Kindes sensibel wahrzunehmen und zu deuten. Bei der Betrachtung der Ergebnisse von der Studie von Schellhas (1993) im Kapitel *Kindliche Veränderung*, kristallisiert sich heraus, dass bestimmte Ängste, sich auch im Speziellen auf Kinder als Angehörige beziehen können. Da man über dieses Wissen verfügt, ist es notwendig auf die speziellen Ängste der Kinder als Angehörige einzugehen, um die Möglichkeit zu haben, präventive

Unterstützungsmaßnahmen zu leisten. Die Pflege ist zweifellos in der Position, die kindlichen Ängste zu minimieren, durch gezielte Hilfestellungen und kindgerechte Informationen.

Handlungspotential

Gnass (2003) macht darauf aufmerksam, dass Kinder die eine Angehörige der Familie auf einer Intensivstation besuchen, die Chance haben, sich die Gegebenheit nicht in ihrer Fantasie ausmalen zu müssen. Im Gegenteil, es besteht für die Kinder der Weg, die Wahrheit in dieser schwierigen Situation zu erfahren. Mit dieser Darlegung bezieht sie sich auf Pierce (1998), der sich mit dem Resultat eines solchen Besuches beschäftigt. (vgl. Gnass, 2003, S. 6)

Clarke (2000) gibt ebenfalls zu bedenken, dass sich ein Besuch der optimal vorbereitet, begleitet und nachbetreut wird, positiv auf den Bewältigungsmechanismus des Kindes auswirken kann (vgl. Clarke, 2000, S. 336). Pierce (1998) erkannte, dass Kinder welche die Option hatten, ihre Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation zu besuchen, weniger emotionale Veränderungen und Verhaltensänderungen aufwiesen, als jene Kinder, denen die Chance nicht gegeben worden ist. Pierce (1998) bezog sich auf eine kleine Studie von Nicholson, Titler, Montgomery, Kleiber, Craft, Halm, Buckwalter und Johnson (1993) (vgl. Pierce, 1998, S. 85–86). In der phänomenologischen Studie von Craft et al. (1993) kristallisierte sich heraus, dass Kinder, die ohne Vorbereitung der Eltern oder der Pflege einen Besuch auf der Intensivstation machten, Angst vor dem Umfeld und dem Equipment äußerten. Jedoch jene Kinder, die auf den Besuch vorbereitet wurden, wiesen diese Ängste nicht auf. (vgl. Craft et al., 1993, S. 67)

Pierce (1998) geht auf einen weiteren wesentlichen Faktor „die Abwesenheit eines Elternteils“ ein, der sich negativ auswirken kann. Für Kinder spielt die Unterstützung der Eltern in der eigenen Bewältigungsstrategie, eine wichtige Rolle. Entsteht eine Situation in der Eltern abwesend sind, entwickeln Kinder das Gefühl verlassen zu sein und sind nicht fähig dies effizient zu bewältigen.

Kinder die ihren kritisch kranken Elternteil besuchen können, müssen sich nicht in ihrer Fantasiewelt und ihrem magischen Denken ausmalen, wie es dem erkrankten Elternteil geht.

Denn durch den Besuch auf der Intensivstation haben sie die Möglichkeit die Realität wahrzunehmen, dies ist in den meisten Fällen nicht so erschreckend, wie die Fantasie der Kinder. (vgl. Pierce, 1998, S. 86) Bei der Betrachtung des letzten Abschnitts ist zu erkennen, dass das Fernhalten von einer spezifischen und schwierigen Situation des Kindes nicht positiv, sondern eher zu negativen Ergebnissen des Kindes führen, auch wenn dies nicht immer auf den ersten Blick erkennbar ist.

Lewandowski (1992) bezieht sich auf Shonkwiler (1985), das es von großer Wichtigkeit ist, Kinder niemals zu einem Besuch zu überreden oder sogar Zwang auszuüben, denn dies würde zu schlimmen Folgen führen. Für Kinder und Familie wird ein erzwungener Besuch negative Auswirkungen haben. Daher ist der erste Schritt der Intensivkrankenschwester bevor ein Kind für einen Besuch vorbereitet wird, sich persönlich davon zu vergewissern, dass der Wunsch des Besuches vom Kind kommt. (vgl. Lewandowski, 1992, S. 582) Leider gibt es noch immer Erwachsene, die aus unterschiedlichen Beweggründen Kinder zu einem Besuch zwingen, dies muss für Kinder sehr tragisch sein und wirkt sich ebenfalls negativ aus; dies ist auf jeden Fall zu verhindern.

Pierce (1998) beleuchtet einen hinzukommenden, nicht zu vergessenden und sehr wichtigen Aspekt. Die Partner der bedrohlich Erkrankten sind häufig mit dieser Ausnahmesituation und den eigenen Emotionen überfordert, daher sehen sie die Bedürfnisse der Kinder in vielen Fällen nicht. Ein Besuch des Kindes auf der Intensivstation könnte helfen, das Gefühl der Isolation von Kind und Eltern zu reduzieren. Gleichzeitig wird dafür gesorgt, das Kind und Eltern eine Einheit sind und gleich informiert sind und folglich die Situation bewältigen können. (vgl. Pierce, 1998, S. 86) Pierce (1998) verdeutlicht auch, dass bei Kindern, deren Angehörige kritisch erkrankt ist, negative Gedanken und Auswirkungen entstehen können. Das heißt, Kinder fühlen sich häufig schuldig, wenn ihre Angehörige Schmerzen hat, und sind in dem Glauben, dass die Geräte und Schläuche, die sie bei der Patientin sehen, für immer bestehen bleiben. (vgl. Pierce, 1998, S. 90) Mögliche Bedeutsamkeit und Auswirkungen eines Besuchs: *“All but one child spontaneously emphasized (same exception as above) that it was important to them to be able to visit the hospitalized parent. “Now I am not as worried as before, because I got to see her,” one child said.”* (Craft et al., 1993, S. 68)

Gnass (2009) beschreibt, wie ein Besuch sich auf das Selbstbewusstsein der Kinder positiv auswirkt und Kinder die dabei sogar Glück empfanden, dabei verweist sie auf Knutsson (2007) (vgl. Gnass, 2009, S. 7).

6.2. Was kann seitens des Pflegepersonals gemacht werden, um Kinder optimal auf einer Erwachsenen-Intensivstation zu begleiten?

Während der Auseinandersetzung mit der Forschungsfrage „*Was kann seitens des Pflegepersonals gemacht werden, um Kinder optimal auf einer Erwachsenen-Intensivstation zu begleiten?*“, zeichnet sich ab, dass die Intensivkrankenschwester eine Schlüssel-Position einnimmt.

In diesem Teil wird folgendes dargestellt:

Aufgrund des auf die Besuchszeit begrenzten Kontaktes, zwischen der betreuenden Pflegeperson und dem Kind, ist es der Pflege nur möglich die Bezugspersonen auf Interventionen vor, während und nach dem Besuch anzuleiten. Wegen der kurzen Zeit, welche die betreuende Intensivkrankenschwester mit dem betroffenen Kind verbringt, ist die Anzahl der von der Pflege direkt getätigten Interventionen begrenzt. Das wiederum bedeutet, dass eines der wichtigsten Ziele der betreuenden Pflegeperson, die Unterstützung der Familie bzw. der Bezugsperson ist und dies kann nur optimal erreicht werden, wenn sie über allgemeine Bedürfnisse von Bezugsperson und Familien bescheid weiß, im Kapitel *Familie* wurde bereits Bezug darauf genommen, dies untermauert Gnass (2005); „[...] *Bezugsperson eine wichtige und gar – entscheidende – Schlüsselposition innehat. [...] fühlen sich unsicher und äußern Unfähigkeit Kindern eine adäquate Unterstützung zu bieten, weshalb sie bei Pflegenden Rat suchen. Pflegende als Bindeglied zwischen Familie und Patient können unterstützend intervenieren. [...]*“ (Gnass, 2005, S. 25)

Allgemeine Grundsätze

Es ist wichtig an dieser Stelle, die Notwendigkeit zu deklarieren, dass es zu strukturellen Veränderungen und der Umsetzung von Maßnahmen und Richtlinien kommen muss, diese sind von den oberen Führungsebenen zu beschließen und durchzusetzen.

Es ist der Pflegebasis nur möglich so weit zu agieren, wie sie von ihren Führungspersonen und von strukturellen Bedingungen der Spitäler unterstützt werden und die notwendigen Grundsteine, wie personelle und strukturelle Gegebenheiten angeboten werden, um darauf zurückgreifen zu können. Vint (2005) beschäftigt sich bei einer Untersuchung mit der verfügbaren Unterstützung, die für Kinder als Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation vorhanden sind. Es stellt sich heraus, dass 74 % der beteiligten Stationen keinen Bereich vorweisen können, in dem sich Kinder mit Spielsachen beschäftigen können. (vgl. Vint, 2005a, S. 155) Es ist ein wichtiger

Aspekt, dass Kinder sich dort wohl fühlen, wo es kindgerecht, und bunt ist und Spielsachen vorhanden sind. Das heißt, wenn es die Möglichkeit gäbe, einen ruhigen Raum so zu gestalten, dass sich die Kinder darin wohlfühlen, würden die Gespräche mit den Kindern in einer optimalen Umgebung stattfinden und dies würde sich auf alle Beteiligten positiv auswirken.

Gnass (2008) beschreibt weitere wichtige Anhaltspunkte, die bestätigen, dass es sehr wichtig ist, hausinterne Richtlinien zu erstellen und bezieht sich dabei auf Johnson (1994).

Verfahren, wie der Besuch von Kindern organisiert wird: Kindern die Möglichkeit geben, ein individuelles Besuchsrecht wahrnehmen zu können; Verfahren zum Registrieren von infektiösen Erkrankungen; schriftlich festhalten, welche Person das Kind auf den Besuch vorbereitet und begleitet; festlegen, welche Zielsetzung der Besuch des Kindes haben soll; Minimierung der Ängste des Kindes und Erhöhung der Begeisterung der Patientin; (vgl. Gnass, 2008b, S. 238) Zu den wichtigsten Faktoren zählen „neue Richtlinien“ im Pflorgeteam zu gestalten, mit denen Pflegepersonen vom Team zu Recht kommen, auf diesen Punkt geht Gnass (2009) ein. Sie beschreibt, dass es im Team zu einer Auseinandersetzung mit der „Besuchsregelung“ und den persönlichen Ansichten kommen sollte, und danach eine schriftliche Ausarbeitung der vereinbarten Richtlinien für den Besuch folgen sollte. Dies hat den großen Vorteil, dass das Team als Einheit erscheint und es zu ähnlichen Vorgangsweisen und Entscheidungen in Bezug auf einen Besuch im Allgemeinen und bei Kindern kommen wird. (vgl. Gnass, 2009, S. 8) Dieser Ansatz ist sehr relevant, da es bei fehlender Vereinbarung, unter den Pflegepersonen, zu unterschiedlichen Handlungsweisen kommen wird und dies führt früher oder später zu Schwierigkeiten im Team und zu Unverständnis und Verwirrung bei den Patientinnen und deren Angehörigen.

Die Position der Pflegeperson wird graphisch dargestellt und bezieht sich auf Johnson (1994); Lewandowski (1992) und Gnass (2008).

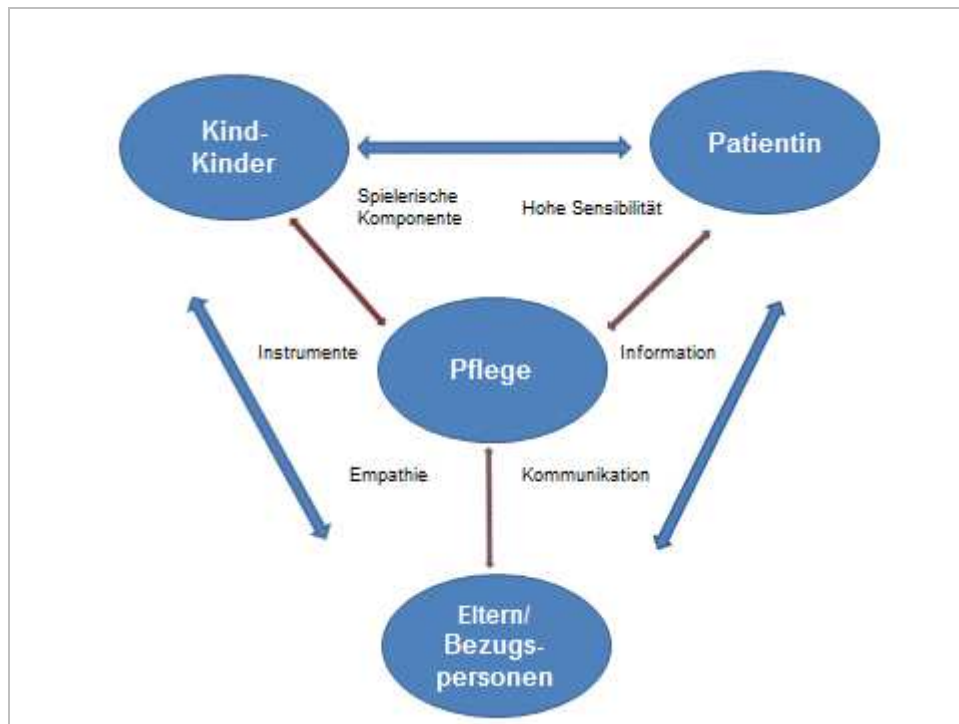


Abbildung 7: "Position der Pflegeperson" bezogen auf Johnson (1994); Lewandowski (1992) und Gnass (2008a); Quelle: eigene Darstellung;

Johnson (1994) beschreibt, dass Pflegepersonen unterschiedliche Aufgaben beherrschen müssen, wie: Vorbereitung des Kindes, der Patientin und der Familie auf den Besuch und die Unterstützung der Familie; das Kind durch gezielte Fragen besser kennenlernen; Fragen beantworten und bei der Kommunikation helfen; besonders wichtig ist es, das Verhalten des Kindes richtig zu beurteilen, damit rechnen und umgehen können, dass Kinder anders reagieren und offen ansprechen was sie denken. Weiters ist es notwendig, dem Kind zu helfen mit den Sorgen umzugehen und es zu loben und zu ermutigen. (vgl. Johnson, 1994, S. 161–163) Lewandowski (1992) bestätigt, dass eine Intensivkrankenschwester nur Interventionen setzen kann, wenn sie die Familie mit einschließt, denn sie erreicht ein Kind nur über seine Eltern oder die Bezugsperson.

Nicht außer Acht zu lassen ist die Kooperation zwischen den Eltern bzw. der Bezugsperson und der betreuenden Pflegeperson. Nur durch gezielte Vorschläge und Hilfestellungen von Seite der Pflegeperson und Akzeptanz durch die Familie, ist ein effizientes und produktives Zusammenarbeiten möglich. (vgl. Lewandowski, 1992, S. 578)

Da das Pflegepersonal nur einen zeitlich limitierten Umgang zu den betroffenen Kindern hat, gibt Gnass (2008) zu bedenken, dass es der Pflege daher nur möglich ist, ihre Interventionen im

Vordergrund an die Bezugspersonen zu richten. Die direkte Unterstützung des Kindes ist daher auf den Besuch beschränkt. (vgl. Gnass, 2008a, S. 2) Lewandowski (1992) stellt konkrete Hauptanliegen, Überlegungen und Interventionen auf, die auf den unterschiedlichen Entwicklungsstufen basieren. Bei Kindern im Schulalter geht sie auf folgende Bedeutsamkeit und Interventionen ein. Kinder in diesem Alter verfügen schon über konkretes Denken, sie verfügen über die Fähigkeit, die momentane Situation und Darlegungen zu verstehen. Es ist durchaus möglich, dass die Kinder ihre erkrankte Angehörige sehen möchten. Kinder im Schulalter machen sich ebenfalls Sorgen um die Angehörige und es entwickelt sich auch die Angst, dass das Familienmitglied sterben könnte. Weiter entwickeln sich gemischte Emotionen, wie Verletzlichkeit, Verschüchterung, Schuldgefühle und es kommt zu Verhaltensänderungen. Gleichzeitig denken sie sich oft, dass sie und ihre Probleme im Moment nicht so wichtig sind und behalten diese für sich, da sie die Eltern nicht noch mehr belasten möchten.

Überlegungen und Interventionen von Lewandowski

Die Maßnahmen wurden jeweils den unterschiedlichen Personengruppen zugeteilt.

Interventionen der betreuenden Intensivkrankenschwester, in Bezug auf die Kinder:

Die Verwendung von Bildern, Zeichnungen und Diagrammen um Kinder aufzuklären; auf „Warum“ und „Wie“ Fragen des Kindes eingehen; aufmerksames Zuhören dem Kind gegenüber; konkrete Erklärungen, auf dem entsprechenden Entwicklungsstand geben. Dem Kind vermitteln, dass es nicht Schuld an der Situation oder der Krankheit ist; das Kind nach seinen Emotionen fragen; kindgerechte und Entwicklungsstand bezogene Information. Immer wieder deutlich machen, dass die Gefühle und Wünsche der Kinder ebenfalls sehr wichtig sind und diese zur Äußerung motivieren. Das Kind in seinem Wunsch und Bedürfnis, nach einem Besuch bestärken und begleiten, wenn es wirklich der eigene Wunsch des Kindes ist.

Dem Kind ausreichende und altersentsprechende Informationen zukommen lassen; eine gut geplante Vorbereitung umsetzen und Vorbereitungen bezüglich Maßnahmen nach einem Besuch treffen und realisieren.

Interventionen der betreuenden Intensivkrankenschwester, in Bezug auf Eltern oder Bezugspersonen:

Die Eltern über alle notwendigen Maßnahmen informieren, welche die Pflege bei den Kindern als Hilfestellung umsetzen möchten und klarstellen, dass diese Maßnahmen parallel auch von den Eltern unter allen Umständen erwartet werden und realisiert werden müssen; Eltern darüber

informieren, dass Kinder während dieser Krise, immer Kontakt zu anderen Kindern haben müssen, um nicht in die Einsamkeit zu rutschen; Eltern dazu bewegen, dass es notwendig ist, eine Vertrauensperson an der Schule, über die momentanen Umstände zu informieren, denn so kann man mit Unterstützung und Einfühlungsvermögen von der Seite der Schule rechnen; Den Eltern erklären, wie wichtig der normale Alltag der Kinder ist, wie z. B. in die Schule gehen; Informationen über die Notwendigkeit an bestimmten Hilfestellungen geben; über die Vorteile der Inkludierung der Familie sprechen; Eltern erläutern, dass es wichtig ist, ihr Kind zu unterstützen, wenn es einen Besuch machen möchte. (vgl. Lewandowski, 1992, S. 580–581)

Kommunikation mit Kindern fördern und eine hohe Sensibilität aufbringen

Im alltäglichen Leben spielt die Kommunikation eine große Rolle, es ist leicht vorstellbar, wie wichtig die zwischenmenschliche Verständigung mit Kindern in einer Ausnahmesituation ist und welche Sensibilität die betreuende Pflegeperson aufweisen muss. Im Abschnitt *Rollen und Beziehungen* ist auf die Kommunikation in der Familie eingegangen worden; dadurch ist zu erkennen, dass die Pflege in der Lage ist, durch entsprechende Kommunikation, die Verständigung zwischen den Familienangehörigen zu fördern. Die Pflegeperson übernimmt einen wichtigen Part in der Kommunikation mit Kindern als Angehörige und in der Kommunikation zwischen Kind und Erwachsenen.

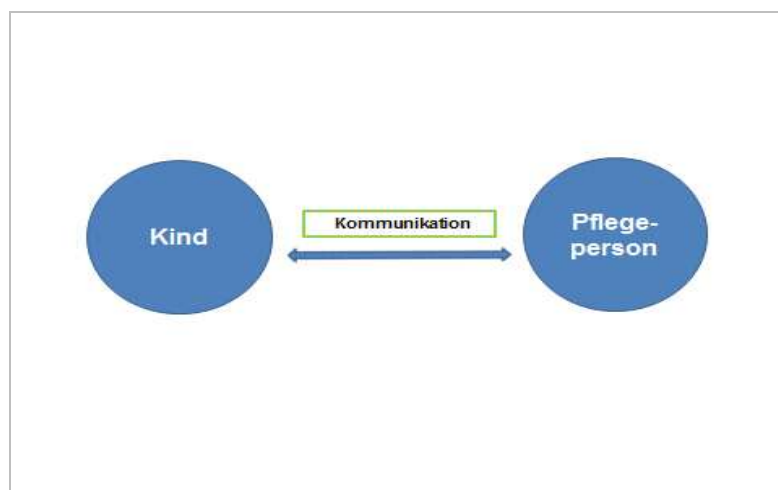


Abbildung 8: "Kommunikation"; Quelle: eigene Darstellung;

Lewandowski (1992) gibt durch die folgende Auflistung von Fragen, die im Laufe der Zeit, wenn es passend ist, dem Kind gestellt werden sollten, um dann die Möglichkeit zu haben mit ihm darüber zu sprechen. Lewandowski hat diese Fragen nach Conroy AJ: *"The Impact of Hospitalization for Cardiac Surgery on Well Siblings [thesis]."* Yale University School of Nursing 1990, adaptiert.

An dieser Stelle werden mögliche Orientierungsfragen gestellt:

*“Can you tell me why your [family member] is in the hospital? Do you know what is wrong?
[...] Do you talk to anyone about how you feel? Who do you usually talk to? [...] Do you know what a critical care unit is? [...]”* (Lewandowski, 1992, S. 577)

Dies lässt erkennen, dass schon durch die Fragestellungen, eine Menge an Eindrücken, Wünsche und Bedürfnisse der Kinder hervorkommen, die sonst im Verborgenen bleiben würden, bezugnehmend auf die obige Graphik. Gleichzeitig ist durch das Führen von Gesprächen mit den Kindern gewährleistet, dass sich die Kinder nicht ausgeschlossen fühlen und Mut haben über ihre Ängste, Wünsche und Sorgen zu sprechen. Die betreuende Intensivkrankenschwester, kann den Eltern Beispiele an Fragen mitgeben, aber auch selbst in Unterhaltungen mit dem Kind stellen. Die Fragen müssen natürlich immer an das Alter und den Entwicklungsstand angepasst werden. Das Kind darf nicht auf einmal mit vielen Fragen überfordert werden. Johnson (1994) gibt ganz klare und einfache Fragestellungen, die beim Spielen mit den Kindern verwendet werden können. Verwendet man Puppen, so könnte man einer Puppe, die ein Familienmitglied darstellt, unterschiedliche Fragen stellen, um zu erfahren, wie sich das Kind fühlt oder was es denkt. Mögliche Fragen wären: „Erzähl mir doch eine Geschichte, die Dir gerade einfällt?“; „Was denkt diese kleine Puppe gerade?“; oder „Zeig mir doch mit der Puppe, was Du gerade fühlst?“ Mit dieser Methode kann den kleineren Kindern auch z. B. die notwendigen hygienischen Maßnahmen, wie Händedesinfektion durchgeführt werden soll, oder den ungefähren Ablauf des Besuches erklärt werden. (vgl. Johnson, 1994, S. 160–161)

Patientin auf unterschiedlichen Ebenen vorbereiten

Nicht zu vergessen ist, dass ebenfalls eine Vorbereitung der Patientin auf einen Besuch des Kindes erforderlich ist und deren Wünsche respektiert werden müssen, auch die betroffene Patientin darf nicht zu einem Besuch des Kindes gezwungen werden!

Lewandowski (1992) beschreibt, dass es auch Vorbereitungen mit und an der kritisch kranken Angehörigen geben sollte.

Es soll daran gedacht werden, dass man Verbände verdecken sollte, oder sogar mit Farben zu arbeiten könnte. Ein Beispiel wäre, der Patientin ein fröhliches Gewand von ihr anzuziehen oder darüber zu legen. (vgl. Lewandowski, 1992, S. 582) Gnass (2008) geht ebenfalls auf die Integration der Erkrankten ein, die auf jedem Fall bedacht werden muss, soweit dies der Zustand der Patientin erlaubt. Die Wahl des Zeitpunktes des Besuches und auch die Vorbereitung des Kindes, sind mit der Patientin zu besprechen und ihre Wünsche sind miteinzubeziehen. Das

äußere Erscheinungsbild der Patientin sollte soweit das in diesem Rahmen möglich ist, positiv erscheinen. Die Angehörige ist so vorzubereiten, dass sie sich in einer aufrechten Position befindet und die Bettwäsche nicht z. B. von Blut verunreinigt ist.

Von Vorteil ist es, wenn die gemalten Bilder des Kindes oder andere Aufmerksamkeiten, in der Nähe der Angehörigen positioniert sind (vgl. Gnass, 2008a, S. 2). Die Patientin sollte, wenn es ihr Allgemeinzustand erlaubt, bei allen Gesprächen und Entscheidungen mit eingebunden werden, auf dies macht Gnass (2009) ebenfalls aufmerksam (vgl. Gnass, 2009, S. 9).

6.2.1. Welche Interventionen sind vor, während und nach dem Besuch zu treffen?“

Maßgeblich für einen sich positiv auswirkenden Besuch, sind die Interventionen, die vor, während und nach dem Besuch des Kindes zu treffen sind.

Schon 1988 beschäftigten sich Baker, Nieswiadomy und Wilda in ihrem Artikel „*Nursing interventions for children with a parent in the intensive care unit*“, mit den Interventionen, die bei Kindern, deren Eltern auf einer Intensivstation betreut werden, notwendig sind (vgl. Baker, Nieswiadomy & Arnold, 1988, S. 441–446). Im folgenden Teil sind die empfohlenen Interventionen und Maßnahmen zusammengetragen, die in den letzten Jahren in der wissenschaftlichen Literatur zu finden waren. Pierce (1998) stellt ein gesamtes Paket vor; es wurde entwickelt um Kindern, Eltern und Pflegepersonal eine Hilfestellung zu geben, es bezieht sich vom Säugling bis zu Kindern im 16. Lebensjahr. Dieses besteht aus einem Malbuch mit Stiften, einem Informationsblatt, einer Pro und Contra Liste, einer Broschüre und einem Leitfaden. Außerdem bietet dieses Hilfestellung Entscheidung über einen Besuch zu treffen und soll die Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen Eltern und der Pflege erleichtern. Wichtig ist, dass dieses Instrument den Schwerpunkt bildet und vor und nach dem Besuch eingesetzt wird.

Die Pflege muss der Familie deutlich vermitteln, wie wichtig es ist, mit dem Kind über seine Gefühle und Eindrücke zu sprechen und auch nach dem Besuch mit Hilfe des Pakets, den Besuch zu verarbeiten und Missverständnisse, die Seitens des Kindes entstanden sind, aufzuklären. Eltern müssen sich im Vorfeld genau überlegen und abwägen, ob ihr Kind, die Fähigkeit besitzt, den Prozess eines Besuches zu bewältigen. (vgl. Pierce, 1998, S. 85–90)

Die folgende Tabelle soll einen kurzen Überblick über allgemeine Maßnahmen geben, die von der betreuenden Pflegeperson, direkt am Kind zu setzen sind, dabei beziehe ich mich auf Gnass (2006); Pierce (1998) und Clarke und Harrison (2001), deren Gedankengänge danach noch genauer dargestellt werden.

<i>Maßnahmen vor dem Besuch</i>	• Informationen geben; • Vertrauen aufbauen; • Optische Hilfsmittel einsetzen; (Puppen, Bilder,...) • Fragen beantworten; • auf Körpersprache achten; • Wünsche beachten; • Sorgen berücksichtigen;
<i>Maßnahmen während des Besuchs</i>	• Vertrautheit schaffen z.B. Stofftier; • Informationen geben; • Kommunikation unterstützen; • Präsenz der Pflegeperson; • Fehlinterpretationen beseitigen; • Unklarheiten aufklären;
<i>Maßnahmen nach dem Besuch</i>	• Kommunikation über Erlebtes, Gefühle usw. fördern; • Loben; • Fragen beantworten; • Reflexion;

(vgl. Gnass, 2006;Pierce, 1998; Clarke et al., 2001;)

Tabelle 5: direkte Interventionen beim Kind; bezogen auf: Gnass (2006); Pierce (1998) und Clarke & Harrison (2001), Quelle: eigene Darstellung;

Interventionen vor einem Besuch

Gnass (2006) beschreibt, dass die Vorbereitung so früh als möglich erfolgen sollte, umso älter Kinder sind, desto eher. Außerdem weist sie darauf hin, wie wichtig es ist auf die verbale und nonverbale Äußerungen sensibel zu achten, die Kinder miteinzubeziehen und unter keinen Umständen zu einem Besuch zu drängen oder zu zwingen.

Der Einsatz von Hilfsmittel zu Erklärungen ist immer wichtig, jedoch sollte man bei Vorschulkindern darauf achten, dass es zum Einsatz von Puppen kommt, da diese therapeutisch, als bedeutend eingestuft werden, da in diesem Alter, eine ausschließlich verbale Kommunikation zu realitätsfern ist. Bei Kindern die schon die Schule besuchen, wird man die Umgebung der Intensivstation, das Equipment und die Erscheinungsform der Angehörigen und deren gegenwärtigen Status beschreiben und verständlich auf „Warum“ und „Wie“ Fragen eingehen. (vgl. Gnass, 2006, S. 407–408) Pierce (1998) gibt Vorschläge, wie die Kommunikation in dieser Situation geführt werden sollte. Beim ersten Gespräch mit der Bezugsperson sollte die Pflege Informationen und das Gefühl vermitteln, dass sie für einen Besuch des Kindes offen sind. Gleichzeitig ist eine Aufklärung über Vorteile und Nachteile notwendig, damit die Eltern eine Entscheidung treffen können und sich ihrer Verantwortung bewusst sind. Wenn das Kind anwesend ist, ist auf eine altersgemäße Kommunikation zu achten, sodass die Begriffe und Erklärungen für das Kind verständlich sind. Das Kind soll gefragt werden, ob und warum es kommen will?

Der Einsatz von Medien ist sinnvoll um dem Kind, den Zustand der Patientin und die Situation zu beschreiben. Nach der Aufklärung muss die betreuende Intensivkrankenschwester noch einmal gezielt nachforschen, ob das Kind zu Besuch kommen möchte. Wenn ja, mit wem will es kommen?

Man muss bedenken, dass es vorkommt, dass Kinder nach dem Gespräch und der Aufklärung doch keinen Besuch machen möchten, oft wünschen Kinder sich „nur“ ein Telefongespräch, als die schwer erkrankte Angehörige zu sehen.

Kinder den Vorschlag machen, das sie der Angehörigen etwas mitbringen oder schicken lassen, wie Farbbilder, Lieder, Geschichten oder persönliche Mitteilungen, auf einer Kassette aufgenommen, Bilder von der Familie, dies ist nicht abhängig davon zu machen, ob das Kind auf Besuch kommt. Wichtig ist es, dass Kinder ihren gewohnten Alltag weiterleben und die Schule nicht vernachlässigen. (vgl. Pierce, 1998, S. 89)

Clarke and Harrison (2001) gehen auf Kinder im Alter von 2- 7 Jahren ein. Man sollte Kinder Minuten bis Stunden vorher auf einen Besuch vertraut machen, denn je länger der Zeitraum zwischen der Vorbereitung und den tatsächlichen Besuch liegt, desto größer ist die Angst des Kindes. (vgl. Clarke & Harrison, 2001, S. 65) Weiters beschreiben Clarke und Harrison (2001) die Bedeutsamkeit des Einsatzes der richtigen Hilfsmittel, die bei der Vorbereitung der Kinder verwendet werden sollten. Die Verwendung von Puppen, Bildern und Stofftieren, mit denen man spielen kann, während dessen man das Kind auf einen eventuellen Besuch vorbereitet, ist bei der

Altersgruppe von den 2-7 Jährigen angebracht. Bei Kindern in einem Alter von 7- 12 Jahren ist es von Vorteil mit Modellen und Diagrammen zu arbeiten und auf den Zweck und des Equipments, der Infusionen oder z. B. des Tubus einzugehen. (vgl. Clarke & Harrison, 2001, S. 65) Johnson (1994) macht darauf aufmerksam, wie wichtig es ist, auch ganz einfache Maßnahmen auszuführen, um das Kind ein bisschen kennenzulernen. Johnson führt an, dass man über einfache Fragestellungen, schon einen Zugang zum Kind finden kann und ein wenig über das Kind erfährt. (vgl. Johnson, 1994, S. 162) Folgende Fragen könnte man stellen: „Gehst Du schon in die Schule?“ „Wann hast Du Geburtstag und wie alt wirst Du dann?“ „Hast Du noch eine Schwester oder einen Bruder?“ „Was spielst Du gerne mit Deinen Geschwistern oder Freunden?“ „Welches ist Dein Lieblingstier? oder Hast Du ein Haustier?“

Es ist zu erkennen, dass die Interventionen sich nicht immer auf das exakte Alter beziehen, auf welchen in der Diplomarbeit der Fokus gelegt wurde.

Der Grund sind, differente Altersangaben in Bezug auf die Schulstufen (Vorschule, Schule, Volksschule, usw.), je nach dem betreffenden Land ergeben sich daher auch die empfohlenen Maßnahmen und Beschreibungen, die sich überschneiden. Da nicht jedes gleichaltrige Kind die gleiche kognitive Entwicklung vorweisen kann, ist es zu Auseinandersetzung mit Altersgruppen gekommen, die ein wenig von der eigentlichen Zielgruppe abweichen. Damit soll erreicht werden, dass alle relevanten Erkenntnisse und empfohlenen Maßnahmen beachtet werden, auch wenn diese ein wenig von dem Alter der Kinder, auf den der Fokus gelegt ist, abweichen. Da es auch eine individuelle Entscheidung ist, die sich erst nach dem ersten Kontakt mit den Eltern und dem Kind herausstellt, auf welcher Ebene man mit dem Kind zusammenarbeiten kann. Kinder zeigen schnell, ob sie noch zu einer Puppe oder Stofftier greifen oder schon exakte Vorstellungen und Fragen haben. Es ist wichtig sich auf jede Situation vorzubereiten, um sich dem wirklichen Entwicklungsstand des Kindes anpassen zu können.

Interventionen während des Besuchs

Gnass (2006) beschreibt den möglichen Ablauf eines Besuchs. Anhand der Verhaltensweise des Kindes sollte man die Zeitspanne des Besuchs bestimmen. Pflegepersonen sollten versuchen, den Kindern ihre Verschüchterung und den Stress durch die Auseinandersetzung mit ihnen zu nehmen. Dies kann durch Informationen oder durch Fragestellungen an das Kind, zu ganz anderen Themen sein. Kinder sollte es erlaubt werden z. B. ein Stofftier mitzunehmen, dass ihnen Vertrautheit vermittelt. (vgl. Gnass, 2006, S. 409)

Pierce (1998) gibt klare Hinweise, wie ein Besuch ablaufen sollte, wenn Kinder sich entschließen, einen Besuch abhalten zu wollen:

Der Besuch soll mit der betreuenden Pflegeperson geplant und koordiniert werden; Die Tageszeit sollte auch auf die Patientin abgestimmt werden; Es ist besser die Angehörige sitzt, als sie liegt im Bett; Wenn die Patientin im Bett liegt, dann ist es wichtig darauf zu achten, dass ein Sessel neben dem Bett für das Kind bereitsteht, damit das Kind und seine Angehörige sich auf demselben Niveau befinden und Augenkontakt haben können; Dem Kind erklären, wie es mit der Angehörigen sprechen kann oder soll und wo es sie angreifen kann; Den Kindern vorher erklären, was sie machen dürfen und das sie die Geräte nicht angreifen sollen;

Die Dauer des Besuchs wird von dem Alter des Kindes und der Kondition der Patientin bestimmt; Ein Richtwert für die maximale Dauer des Besuchs sind 5-10 Minuten; Jeder Besuch des Kindes soll vom Personal, Sozialarbeiterin; und TRS (therapeutic recreation specialist) begleitet werden;

Es muss immer die Begleitperson bzw. Bezugsperson anwesend sein; (vgl. Pierce, 1998, S. 89)

Johnson (1994) geht auf eine sehr wichtige Aufgabe ein, die betreuende Pflegeperson kann der Patientin helfen, mit dem Kind zu kommunizieren. Wenn die Angehörige intubiert ist, ist es dieser nicht möglich in der sonst für das Kind gewohnten Weise zu kommunizieren, daher könnte hier ein Schreibbrett zum Einsatz kommen. Man kann aber auch das Kind darauf hinweisen, wenn es Fragen an die Angehörige hat, sollten es Fragen sein, die man mit nicken oder Kopfschütteln beantworten kann. (vgl. Johnson, 1994, S. 161) Eine weitere Möglichkeit den Stress während des Besuchs zu minimieren, ist die Anwesenheit der betreuenden Intensivkrankenschwester, Gnass (2008) beschreibt, dass die Pflegeperson dem Kind auch während des Besuchs, Fragen stellen soll und dem Kind erklären kann, dass die Geräte da sind, um der Angehörigen zu helfen. Weiters weist Gnass darauf hin, dass auch die Pflegeperson das Kind loben soll.

Die Pflege kann durch ihre Anwesenheit und Beobachtung, besser einschätzen, ob es notwendig ist, eine Psychologin oder Sozialarbeiterin hinzuzuziehen. (vgl. Gnass, 2008a, S. 4) Pierce (1998) beschreibt, wie der Besuch stattfinden sollte. Die betreuende Pflegeperson, Eltern und eventuell ein weiteres Mitglied der Familie begleiten das Kind zum Bett der Angehörigen. Wenn es möglich ist, sollte die Intensivkrankenschwester während des ganzen Besuchs bei der Familie bleiben, denn es könnte sein, dass das Kind Fragen in Abwesenheit der Pflege stellt und die Eltern in dieser Situation unsicher werden. (vgl. Pierce, 1998, S. 90) Ihlenfeld (2006) beschreibt, dass Kinder während des Besuches eine Stütze benötigen. Wenn sie mit ihrer Angehörigen nicht

sprechen können, kann man ihnen vermitteln, dass sie ihre Hand halten können. Während des Besuches kann man schon daran arbeiten, Unklarheiten zu beseitigen und dem Kind Fragen zu beantworten. (vgl. Ihlenfeld, 2006, S. 270)

Interventionen nach dem Besuch

Gnass (2006) schildert, wie wichtig es ist, dass die betreuende Pflegeperson das Kind lobt und bestärkt über das Erlebnis zu sprechen.

Eine der Schwerpunkte für die Pflegeperson ist, die Bezugsperson zu unterweisen, mit dem Kind über den Besuch zu sprechen. Nur so ist es möglich zu erkennen, wie es dem Kind geht und ob es alles verstanden hat oder ob noch Fragen bestehen. In diesem Rahmen ist das Kind genau zu beobachten und auf Veränderungen im Verhalten zu achten. (vgl. Gnass, 2006, S. 409) Pierce (1998) geht auf folgende Interventionen nach dem Besuch ein:

Den Eltern Tipps geben, wie sie mit ihren Kinder darüber reden sollen; Wichtig ist, dass die Familie mit dem Kind immer wieder über den Besuch reden soll; Die Intensivkrankenschwester soll sich bei den Eltern informieren, wie das Kind nach dem Besuch reagiert hat; (vgl. Pierce, 1998, S. 89)

Gnass (2008) weist auf weitere positive Faktoren hin, die durch Gespräche zwischen den Kindern und der Bezugsperson entstehen sollen. Die Erkenntnis, ob das Kind oder die Familie weitere Unterstützung durch eine Psychologin oder Sozialarbeiterin benötigen um die schwierige Situation zu bewältigen. Unklarheiten können beseitigt werden; Bezugspersonen erfahren durch die Äußerungen der Kinder auch etwas Positives an dem Besuch; (vgl. Gnass, 2008a, S. 4) Gnass (2008) macht außerdem darauf aufmerksam, wie wichtig es ist, dass die Pflegeperson das Kind nach dem Besuch lobt und dadurch in seinem Handeln bestätigt (vgl. Gnass, 2008a, S. 4). Jeder der sich mit Kindern beschäftigt weiß, wie Kinder sich freuen, wenn man ihnen sagt, dass sie das sehr gut gemacht haben. Also ist es zwingend, dass auch die Bezugsperson und die Familie, gerade in dieser Krise, das Kind lobt und dadurch noch mehr Kraft vermittelt. Durch das Kapitel *Krankheit im familiären Kontext* wird klar, dass spezielles Wissen und besondere Betreuung von Kindern als Angehörige notwendig sind, um präventive Maßnahmen setzen zu können und Kinder von den negativen Folgen dieser Belastung zu schützen.

Es ist zu erkennen, dass die Pflege noch große Aufgaben vor sich hat und Barrieren überwinden muss, um Kindern als Angehörige auf gleicher Ebene entgegen zu treten.

6.2.2. Welche Unterstützung benötigt die Bezugsperson/Familie?

Gerade die Familie bzw. die Bezugspersonen brauchen Hilfestellungen, um die betroffenen Kinder optimal in dieser schwierigen Situation zu unterstützen. Nur so kann der Besuch bestmöglich vorbereitet, begleitet und nach betreut werden.

Wissens und Informationsträger/-vermittler

Wichtig ist, dass Kinder über die gegenwärtige Situation in der sich die Angehörige befindet, kindgerecht und entsprechend ihres Alters informiert werden und jederzeit die Möglichkeit haben, mit vertrauten Personen darüber zu sprechen, dies wird im folgenden Abschnitt dargestellt. Gnass (2006) beschreibt, dass die Pflegeperson, die Fähigkeit besitzt gemeinsam mit der Bezugsperson des Kindes, deren mögliche Veränderungen zu beurteilen. Da die Pflegeperson nur eine kleine Zeitspanne des Tages mit den Kindern von Patientinnen verbringt, ist die Kooperation zwischen den Bezugspersonen und der Pflege ausschlaggebend für deren Erfolg. Die Familie und besonders die Bezugspersonen des betroffenen Kindes weisen wahrscheinlich das Bedürfnis auf, bei Unsicherheit oder offenen Fragen, Rat bei der Pflege zu suchen. Es ist von großer Bedeutung, dass die Pflege den Bezugspersonen Unterstützung anbietet. Da diese die größte Hilfestellung und Halt, den betroffenen Kindern zukommen lassen. Pflegepersonen sind in der Lage, die Bezugspersonen über die Bedürfnisse in dieser besonderen Gegebenheit aufzuklären, ihnen beratend zur Seite zu stehen und gleichzeitig anzuweisen. (vgl. Gnass, 2006, S. 406–407)

Lewandowski (1992) beschreibt eine Beobachtung in zwei Richtungen. In dieser Krise weisen einige von den gesunden Eltern keine Sensibilität gegenüber ihren Kindern auf und die Bedürfnisse der Kinder bleiben ungeachtet und werden nicht gedeckt, es entwickelt sich sogar eine bestimmte Härte gegenüber den Kindern. Oder aber die nicht erkrankten Eltern gehen gerade in dieser Situation sehr einfühlsam auf ihre Kinder ein und geben den Kindern sinnvolle und notwendige Unterstützung. (vgl. Lewandowski, 1992, S. 575)

Daher ist es wichtig, dass die Pflege dies durch Beobachtung und in Gesprächen erkennt und je nach dem in welchem Verhalten sich die Eltern befinden, Hilfestellungen und Tipps geben.

Wenn Eltern nicht bewusst ist, dass sie sich in dieser Situation, nicht adäquat um ihre Kinder kümmern, sollte die Pflege ihnen dies transparent machen, damit eine Änderung für die Kinder eintritt. Aber gerade auch Eltern, die sich ihrer Verantwortung im Klaren sind, benötigen professionelle Unterstützung.

Eine wichtige Funktion der Pflege ist: „*Pflegende können [...] Bezugsperson für [...] mögliche Verhaltensänderungen sensibilisieren.*“ (Gnass, 2008a, S. 2)

Clarke und Harrison (2001) propagieren, dass Kinder zu Rollenspiel animiert werden sollten, denn sie verarbeiten ihrer Erfahrungen damit und reduzieren dadurch ihren Stress und zusätzlich ist es den Eltern möglich zu erkennen, ob das Kind die Krise gut verarbeitet und was es fühlt (vgl. Clarke & Harrison, 2001, S. 67). Die Pflege sollte bei den Gesprächen mit den Eltern oder der Bezugsperson auch Wissen vermitteln, dass es den Bezugspersonen möglich macht, zu Hause mit ihren Kindern die Geschehnisse aufzuarbeiten. Dadurch ermöglicht man den Angehörigen zu erkennen, wenn die Familie, insbesondere die Kinder, weitere professionelle Unterstützung von anderen Disziplinen benötigen.

Kinder haben die Möglichkeit durch Ressourcen und Schutzfaktoren, schwierige Situationen und Krisen besser zu bewältigen. Es besteht die Möglichkeit durch gezieltes Einsetzen und fördern von Ressourcen und Schutzelementen, die Entwicklung der Bewältigung positiv zu fördern, gerade in der Pflege kann dies von großem Nutzen sein, dieses Wissen zu haben und es den Bezugspersonen vermitteln zu können, dies wurde bei der Betrachtung der kindlichen Bewältigungsstrategien, die im Kapitel *Krankheit im familiären Kontext* beleuchtet wurden, ersichtlich.

Position des Vermittlers einnehmen

Wie wichtig die Position der Intensivkrankenschwester ist, die eine Schlüsselposition zwischen Kind und der Familie einnimmt, erläutert Gnass im folgenden Vergleich. Gnass (2008) geht auf die wichtige Position der betreuenden Intensivkrankenschwester ein. Diese ist in der Lage zwischen Kindern und Erwachsenen zu vermitteln, dabei ist es bedeutend, dass sie die Bedürfnisse der Kinder vertritt und diese den Bezugspersonen näher bringt (vgl. Gnass, 2008a, S. 2).

Gesprächsoffenheit signalisieren

Lewandowski (1992) zeigt durch eine Auflistung, dass durch gezielte Fragestellungen der Pflege an den gesunden Elternteil oder der Bezugsperson, die momentane Situation in der Familie einzuschätzen und mehr darüber zu erfahren ist. Damit kann die Pflegeperson außerdem erreichen, dass die Bezugspersonen ihre Konzentration auf nicht realisierte Probleme und benötigte Unterstützung, die das Kind aufweist, richten und sich darüber Gedanken machen. In Folge werden sich die Bezugspersonen zu Hause Gedanken machen und die derzeitige Situation

spiegelt sich bewusst wider und es entstehen wahrscheinlich noch weitere Fragen, die von der Pflege in weiteren Beratungen erörtert und diskutiert werden können.

Die folgende Auflistung gibt einen kleinen Einblick, auf mögliche relevante Fragen!

„POSSIBLE QUESTIONS TO ASK PARENTS ABOUT WELL CHILDREN AT HOME

How are your children (is your child) doing at home?

Were are they staying? [...]

Do you have a set way and time for communicating with them?

What have they been told about [family member] 's illness or injuries?

What do you think is their understanding of the situation? [...]

Do you feel comfortable answering their questions or explaining the situation to them? [...]

Have you noticed or been told about any changes in your children's behavoir?

How are they sleeping? Eating? Playing? [...]

Have they asked to visit their [family member]?

What are you feelings about this? ” (Lewandowski, 1992, S. 577)

Gezielte Hilfestellung und Unterstützung anbieten

Gnass (2003) gibt kund, dass die Pflege über die Fähigkeit und Option verfügt, der Familie des betroffenen Kindes Hilfestellungen anzubieten, dadurch wäre die Pflegeperson eine Person, zu der die Familie sich verbunden fühlt. Dadurch könnte erreicht werden, dass Familien nicht das Empfinden haben, im Alleingang dem Kind in dieser Krise zu helfen und dies würde sich auf alle Beteiligten positiv auswirken, im Besonderen auf die Kinder.

(vgl. Gnass, 2003, S. 7)

Relevanz der Kommunikation vermitteln und diese fördern

Das Kapitel *Familie* lässt eine wichtige Form der Unterstützung erkennen, die Bezugsperson und die Familie über die hohe Bedeutsamkeit einer gut funktionierenden Kommunikation innerhalb der Familie in Kenntnis zu setzten. Zusätzlich sollten die Pflegepersonen beratend und unterstützend, den erwachsenen Angehörigen in der Kommunikation mit Kindern, zur Verfügung stehen. Durch gezielte Unterstützung und Hilfestellung von den betreuenden Pflegepersonen, wäre es möglich die gerade so wichtige Hilfsquelle „Kommunikation“, zwischen Kindern und Erwachsenen aufrecht zu erhalten und zu verbessern.

Lewandowski (1992) stellt fest, dass die Kommunikation zwischen den Familienangehörigen positiv, aber auch negative Folgen haben kann. Umso besser die Kommunikation und der

Austausch an Informationen zwischen den einzelnen Mitgliedern funktioniert, umso besser wird die Familie die Situation bewältigen.

Studien haben gezeigt, dass bei Angehörigen von Intensivpatientinnen ein Kommunikationsdefizit nachgewiesen wurde, insbesondere über die Emotionen, welche die erkrankte Angehörige betreffen, weiters treten vermehrt negative Gefühle auf. Die Pflege besitzt die wichtige Aufgabe, die Bezugspersonen zu motivieren, an der Verbesserung der Verständigung in der Familie zu denken und diese zu fördern. Gleichzeitig kann die betreuende Pflegeperson die Verständigung in der Familie begünstigen. (vgl. Lewandowski, 1992, S. 578)

Positives Gefühl vermitteln

Clarke (2000) vertritt den Standpunkt “ Eltern, die sich nicht für einen Besuch ihres Kindes auf der Erwachsenen-Intensivstation entschieden haben, darf man nicht das Gefühl vermitteln, schlechte Eltern zu sein, oder dass diese Entscheidung falsch ist.

Man sollte eine andere Lösung finden, wie die Kinder mit der erkrankten Angehörigen im Kontakt bleiben können und sich integriert fühlen, dabei bezieht sie sich auf Monroe und Kraus (1996). (vgl. Clarke, 2000, S. 336)

Dies lässt darauf schließen, dass es „*nicht*“ nur „*die eine richtige Wahl der Entscheidung*“ gibt, es gibt auch eine Zwischenlösung.

Um die Verbindung weiter bestehen zu lassen, ist es ratsam Kinder zu fördern, der Angehörigen Geschenke zu schicken. Die Pflege hat nicht das Recht Kritik auszuüben, auch wenn sie davon überzeugt ist, dass der Besuch dem Kind und der Angehörigen helfen würde.

Die betreuende Pflegeperson kann ihre Bedenken achtsam äußern, aber die Entscheidung und Verantwortung tragen immer die Eltern bzw. die Bezugspersonen.

Durch die theoretische Auseinandersetzung im Kapitel *Familie* lässt sich folgendes feststellen: Für die Pflege ist es relevant die Aufgaben der Familie zu erkennen, um Ressourcen nützen zu können oder Hilfestellungen bieten zu können. Nicht zu vergessen ist, dass die Familie die lebensnotwendigsten Bedürfnisse der Menschen erfüllt, daher ist diese beim Auftreten von Krankheiten immer miteinzubeziehen, denn die besonderen Ressourcen, die von ihr aufgebracht werden, sind unersetzbar und unvergleichbar. Auch aus diesem Grund ist die Unterstützung der Familien, in solchen Ausnahmesituationen, von der Gesellschaft zu leisten, denn die beachtliche Kraft, die von der Familie ausgeht, wirkt sich nicht nur positiv auf die eigenen Angehörigen, sondern auch auf die Gesellschaft aus. Bei der Auseinandersetzung mit der Thematik „Familie“ ist zu erkennen, dass die Familie von einem Individuum nicht getrennt zu betrachten ist.

Die Entwicklungen und Veränderungen in der Vergangenheit haben gezeigt, dass es gerade in der Pflege von großer Relevanz ist, sich mit der „Familie“ zu beschäftigen. Im Besonderen sollte die Pflege eine Auseinandersetzung mit dem Begriff und der Definition der Familie, Struktur, Zusammensetzung, Funktionen der einzelnen Familien anstreben und dies auch im Bezug auf den gesellschaftlichen Kontext.

Wenn es das Ziel und der Wunsch der Pflege ist, Kinder als Angehörige miteinzubeziehen, ist es notwendig, die Ansicht, dass jeder Mensch nur als Individuum existiert und betrachtet werden soll, aufzugeben. Die Familie stellt die wichtigste Position in der Zusammenarbeit mit Kindern dar, ohne Bezugspersonen, ist es nicht möglich, Kinder zu erreichen und diese optimal als Angehörige vorzubereiten, zu unterstützen und zu begleiten. Die optimalsten Ressourcen können nur recherchiert und danach effektiv angepasst und eingesetzt werden, wenn die Verbundenheit von Kindern und deren Familien anerkannt und zugesprochen wird. Nur wenn das Grundwissen und die Rahmenbedingungen für die Pflege in der Theorie und in der Praxis geschaffen werden, ist es den einzelnen Diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern möglich eine intensive Vertiefung und Einblick in die betreuenden Familien zu erlangen und dies als Ressource in der praktischen Umsetzung zu nützen und Kinder dadurch optimal zu begleiten, in ihrer Rolle als Angehörige.

7. Hypothesen

In diesem Abschnitt werden drei Hypothesen prägnant dargestellt, die sich durch die Erörterung und Beantwortung der Forschungsfragen entwickelt haben, infolgedessen wird auf die gewonnenen Erkenntnisse, die *kindliche Lebenswelt* und die *Diskussion der zentralen Fragestellung*, verwiesen.

Hypothese 1

„Je höher der Informationsgrad ist, der von der betreuenden Intensivkrankenschwester an die Bezugsperson/Eltern des Kindes vermittelt wird, desto besser kann sich das Kind auf die Besuchssituation und Krisensituation einstellen.“

Kinder sind aus dieser schwierigen Situation nicht auszuschließen und es sollte nicht zu einer Informationsverweigerung kommen oder einem strikten Besuchsverbots

Weshalb man Kinder in dieser schwierigen Situation nicht ausschließen kann und ihnen dadurch Informationen und einen gewünschten Besuch der Angehörigen auf der Erwachsenen-Intensivstation verwehren sollte, ist hinsichtlich zu erkennen;,, *Children who have limited contact with ill parent, are shielded from information, and have little opportunity to discuss feelings are more likely to have physical symptoms, e.g., headaches, stomachaches, influenza*“ [sic] (Lewandowski, 1992, S. 581)

Hypothese 2

„Wenn die Vorbereitung, Begleitung und Nachbetreuung des Kindes an den kindlichen Bedürfnissen angepasst wird, wirkt sich das positiv auf die Besuchssituation und die Krisenverarbeitung des Kindes aus.“

Die folgenden Textpassage; „ [...] *but all studies (and related studies) reviewed propose visiting as a method to help children cope with critical illness in an adult family member.*“ (Vint, 2005b, S. 64); verdeutlicht noch einmal, dass Kinder die einen Besuchswunsch äußern darin unterstützt werden sollten.

Hypothese 3

„Wenn die Besuchssituation und die Krisenverarbeitung positiv verlaufen, hat dies positive Auswirkungen auf das kindliche Umfeld.“

So tragisch die Situation sein mag, ist für alle Beteiligten; *„The importance of family involvement to the well being of both the patient and family members has been well demonstrated.“* (Lewandowski, 1992, S. 573)

8. Leitlinie-Besuch von Kindern auf einer Erwachsenen-Intensivstation

Am Ende folgt eine Darstellung der erarbeiteten Leitlinie, basierend auf dem erworbenen Wissen und der Beschäftigung mit der Materie.

8.1. Leitlinie „Schriftliche Darstellung“

Die folgende Leitlinie ist eine Struktur, an die sich die betreuende Intensivkrankenschwester halten kann, um eine Wegfindung zu erleichtern, um keine relevanten Maßnahmen zu übergehen und soll eine Hilfestellung für die Praxis darstellen.

Leitlinie

Besuch von Kindern auf einer Erwachsenen-Intensivstation

Ziel der Leitlinie

- Sensibilisierung auf die Möglichkeit des Besuchs von Kindern;
- Optimale Aufklärung der Bezugspersonen über denkbar positive sowie negative Auswirkungen;
- Darstellung der pflegerischen Maßnahmen und Unterstützungsmöglichkeiten;
- Option der zusätzlichen Hilfestellung von weiteren Professionen aufzeigen;
- Orientierung und Struktur für die betreuenden Pflegepersonen;

Speziell für das Kind

- Verhinderung eines Abbruchs des Kontaktes zwischen Kind und Patientin;
- Optimale Vorbereitung;
- Begleitung;
- Nachbetreuung;
- Förderung der kindlichen Bewältigungsstrategien;

Phase 1: Allgemeine und spezielle Informationen für die Angehörigen/Bezugspersonen

- Erfragung ob es Kinder in der Familie gibt;
- Erstkontakt mit der Bezugsperson (ohne Kind) - die das Kind auch betreut u. begleiten wird;
- Informationen über stationsbezogene Punkte; (mündlich)
- Informationen über das Kind sammeln; (Besuchsrelevante)

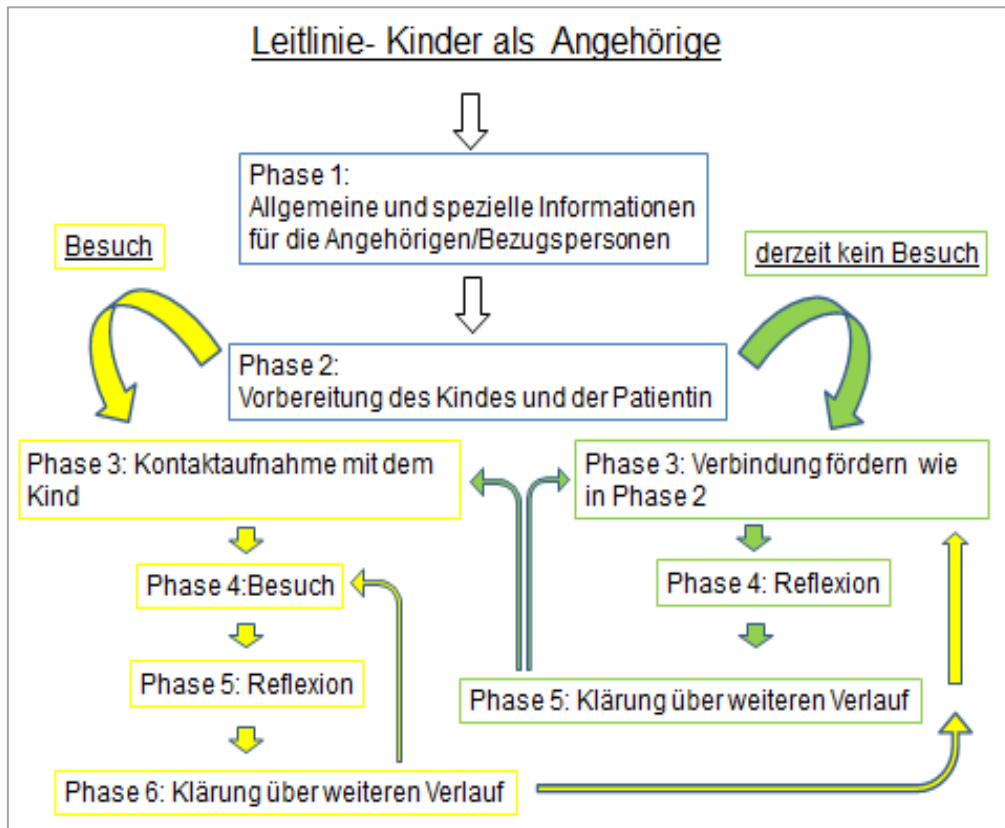
➤ Informationen speziell zu Kindern als Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation erteilen; (mündlich) ❖ Besonderheiten; ❖ Vorgehensweise; ❖ optimale Begleitung; ❖ Interventionen; ❖ Unterstützungsmöglichkeiten; ➤ Schriftliche Information aushändigen; (Untermauerung des mündlichen) ➤ Spezielle und kindgerechte Arbeitsunterlagen;	
<u>Phase 2: Vorbereitung des Kindes und der Patientin auf einen möglichen Besuch- gleichzeitig Aufrechterhaltung der Verbindung und Unterstützung</u> Parallel geführte Vorbereitung und Maßnahmen – bei Kind und Patientin: <u>Kind:</u> ➤ Vorbereitung durch die Bezugsperson; (zu Hause-durch die Anleitung der betreuenden Intensivkrankenschwester u. speziellen Arbeitsunterlagen;) ➤ Kontaktaufnahme von Seiten des Kindes ermöglichen und fördern; (Bilder, Tonaufnahmen, Videos, Zeichnungen, Telefongespräche, usw....) ➤ Klärung ob ein Besuch von Seiten des Kindes gewünscht ist? <u>Patientin:</u> ➤ Psychische Vorbereitung durch die betreuende Intensivkrankenschwester und Bezugsperson; (Informationen über Ablauf und Sonstiges, Wünsche erfragen, berücksichtigen, usw.) ➤ Kontaktaufnahme von Seiten der Patientin ermöglichen und fördern; ➤ Klärung ob der Besuch des Kindes gewünscht ist?	
<u>Besuch</u> Wenn „ja“, weiter zu Phase 3	<u>derzeit kein Besuch</u> ➤ Wenn „nein“, weiter zu Phase 3 ➤ Kontakt fördern; (wie in Phase 2)
<u>Phase 3: Kontaktaufnahme mit dem Kind</u> ➤ Betreuende Intensivkrankenschwester führt ein Erstgespräch mit Kind und Bezugsperson;	<u>Phase 3: Aufrechterhaltung der Verbindung und Unterstützung</u> <u>Kind:</u> ➤ Kontaktaufnahme von Seiten des Kindes ermöglichen und fördern; (Bilder, Tonaufnahmen, Videos,

➤ Kindgerechte Erklärungen; (Einsatz von optischen Hilfsmitteln, realen pflegerischen und medizinischen Equipment) ➤ Möchte das Kind wirklich auf Besuch kommen!	Zeichnungen, Telefongespräche, usw..) <u>Patientin:</u> ➤ Kontaktaufnahme von Seiten der Patientin ermöglichen und fördern; ➤ Klärung ob der Besuch des Kindes gewünscht ist;
➤ Wenn „ja“, weiter zu Phase 4;	<u>Phase 4: Reflexion</u> ➤ Kind und Familie daheim; ➤ Betreuende Pflegeperson und Bezugsperson; (bei Fragen, Neuentwicklung;)
<u>Phase 4: Erster Besuch bei der Angehörigen</u> ➤ Begleitung durch Bezugsperson und betreuenden Pflegeperson;	<u>Phase 5: Klärung über den weiteren Verlauf</u> ➤ Ist doch Besuch erwünscht bzw. sinnvoll? ➤ Benötigt Familie Unterstützung weiterer Professionen; (Psychologin,..)
<u>Phase 5: Reflexion nach dem Besuch</u> ➤ Kind, Bezugsperson und betreuende Pflegeperson; (direkt danach) ➤ Kind und Familie daheim; ➤ Betreuende Pflegeperson und Bezugsperson; (vor dem nächsten Besuch)	
<u>Phase 6: Klärung über den weiteren Verlauf</u> ➤ Ist weiterer Besuch erwünscht bzw. sinnvoll? ➤ Benötigt die Familie Unterstützung weiterer Professionen; (Psychologin,..)	

Leitlinie 1: Besuch von Kindern auf einer Erwachsenen-Intensivstation: Schriftliche Darstellung; Quelle: eigene Darstellung;

8.2. Leitlinie „Graphische Darstellung“

Die graphische Darstellung bietet einen kurzen Überblick der einzelnen Phasen und der Wegfindung.



Leitlinie 2: Kinder als Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation: Graphische Darstellung; Quelle: eigene Darstellung;

9. Zusammenfassung und Schlussfolgerung

In der Auseinandersetzung mit dem Thema *Kinder als Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation*, konnte folgendes festgesellt werden; In der Praxis zeigt sich, dass das Miteinbeziehen von Kindern als Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation als problematisch gilt. Folgendes Bild spiegelt sich auf vielen Intensivstationen wider; Kinder werden weitgehend von der kritisch Erkrankten abgeschirmt und in den meisten Fällen wird auf das bestehende Besuchsverbot von Kindern, auf Erwachsenen-Intensivstationen, hingewiesen. Betrachtet man dieses Thema aus der Perspektive der Pflegewissenschaft, wird bei der Betrachtung der vorhandenen Literatur, schnell klar, dass auch in der Wissenschaft große Defizite bestehen.

Die Integration und Anerkennung von Angehörigen bezieht sich in der Wissenschaft, sowie in der Praxis großteils auf Erwachsene, Kindern gegenüber besteht häufig eine Ignoranz.

Kinder zählen zu einer der vulnerabelsten Gruppen der Gesellschaft, daher weisen Kinder und deren Familien spezielle Bedürfnisse auf.

Die Besonderheit im Umgang mit Kindern beruht auf folgenden Punkten; Kinder stehen permanent im familiären Kontext; Eltern sind die wichtigsten Menschen im Leben von Kindern; die Ausnahmesituation betrifft Eltern, Bezugspersonen, die ganze Familie; die Krankheit eines Familienmitglieds bringt immer Veränderungen der Familienstruktur mit sich, verstärkt wird dies durch eine stationäre Aufnahme; Entwicklungsstand des Kindes; Intensivpflegepersonal benötigt spezielle Fähigkeiten und Kenntnisse; spezielle Instrumente sind nötig und deren Implementierung in der Praxis, Strukturen der Krankenhäuser und im Speziellen der auf den Intensivstationen;

Die Komplexität entsteht durch die Zusammensetzung der unterschiedlichen Faktoren, dies macht es für die Intensivpflege schwer, den Bedürfnissen der Kinder und deren Angehörigen auf einer Erwachsenen-Intensivstation gerecht zu werden.

Die Literaturarbeit verfolgte das Ziel, das Thema zu enttabuisieren und einen wissenschaftlich Beitrag zum Verständnis zu leisten, in welcher Situation sich Kinder als Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation befinden, im Schwerpunkt der Literaturrecherche lagen die Jahre 1999-2010. Weiters sollte dadurch für das Intensivpflegepersonal sichtbar gemacht werden, wie wichtig es ist, Kinder als Angehörige miteinzubeziehen. Nach der Beantwortung der Forschungsfragen wurde die Erstellung einer praxistauglichen Leitlinie angestrebt, die dem Intensivpersonal Struktur und eine Richtung geben soll.

Die Diplomarbeit teilt sich in zwei Teile, im Ersten kam es zur Auseinandersetzung mit der kindlichen Lebenswelt, das gewonnene Wissen wurde aus unterschiedlichen Disziplinen gezogen; Pflegewissenschaft, Psychologie, Pädagogik und Soziologie, bildeten den Schwerpunkt. Im zweiten Teil wurden die Forschungsfragen beantwortet und eine Leitlinie für die Praxis entwickelt. Bei der Auseinandersetzung mit der "Kindlichen Lebenswelt", wird schnell klar, dass Kinder in der Vergangenheit und in der Gegenwart eine besondere Stellung im Leben vieler Menschen einnehmen. Kinder sind etwas ganz Besonderes und haben den Anspruch, auch danach behandelt zu werden, leider werden sie oft vergessen oder bewusst ausgegrenzt.

Die Familie hat einen historischen Wandel durchgemacht und verfügt in der Gegenwart über ein facettenreiches Erscheinungsbild und deren Bedeutung ist so individuell, wie das Leben selbst. Es zeigt sich, dass die Familie über Besonderheiten verfügt, die von keiner anderen Organisation erfüllt werden kann und für Kinder immer einen sozialen Halt, Hilfestellung und Struktur darstellten und dies auch in der Zukunft so bleiben wird. Die Familie bildet das Grundgerüst des Lebens, nur durch enge Bezugspersonen, wie Mutter Vater, Großmutter, Großvater, Schwester, Bruder, Freunde und viele mehr, ist es Kindern möglich, sich behütet, geschützt, respektiert und geliebt zu fühlen. Die Bindung, die zu geliebten Menschen besteht ist mit keiner anderen Verbindung zu vergleichen oder gar zu ersetzen. Das wiederum bedeutet: Kinder sind immer im familiären Kontext zu sehen;

Besteht plötzlich die Situation, dass eine Bezugsperson momentan im Leben des Kindes nicht teilnehmen kann oder der Kontakt unterbunden oder unterbrochen wird, kann dies zu schwerwiegenden Folgen für das betroffene Kind führen.

Durch die Beantwortung der Forschungsfragen kristallisierte sich heraus; Die betreuende Intensivkrankenschwester muss ihren Schwerpunkt auf die Bezugsperson legen, da die tatsächliche Zeit, die sie mit den Kindern verbringt, auf ein paar Minuten beschränkt ist.

Es hat sich gezeigt, dass sich Kinder, besonders als Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation, in einer speziellen Situation befinden und spezifische Bedürfnisse aufweisen und Hilfestellung und Unterstützung benötigen. Auch Bezugspersonen und die Familie der Kinder benötigen Unterstützung.

Ein Intensivaufenthalt von einer liebenden Angehörigen führt zu Veränderungen bei Kindern und der Familie, insbesondere, wenn es sich um die Mutter oder den Vater handelt. Ein Besuch oder der Kontakt in einer anderen Form kann zu einer positiven Entwicklung für Kinder und deren Familien führen. Daher ist es aus pflegewissenschaftlicher Sicht unentbehrlich, sich mit

der Thematik „Kinder als Angehörige auf der Erwachsenen-Intensivstation“ auseinanderzusetzen. Werden die speziellen Interventionen so geplant, dass sie sich auf die unterschiedlichen Phasen beziehen, wie: vor, während und nach dem Besuch, ist es möglich Kinder strukturiert und optimal vorzubereiten, zu begleiten, nachzubetreuen und in Entscheidungen mit einzubeziehen. Dadurch ist es möglich, den Kindern den so wichtigen Kontakt zu ihrer Angehörigen zu gewährleisten.

Auf diesem Wege wird erzielt, dass Kinder sich in dieser Phase nicht allein gelassen und ausgeschlossen fühlen. Durch einen Besuch in dieser gerade für Kinder schwierigen Zeit, kann es zur Milderung oder Verhinderung der negativen kindlichen Veränderungen und zu einer positiven Entwicklung in Bezug auf den Bewältigungsmechanismus, insbesondere der Wahrung der Rechte der Kinder kommen. Insgesamt ist es dadurch möglich, dass die betroffene Familie sich noch näher kommt und durch die gemeinsamen Erfahrungen und das Miteinbinden der Kinder zu einem stärkeren Zusammenhalt innerhalb der Familie führt.

Durch die Bearbeitung und Beantwortung der Forschungsfragen konnten 3 Hypothesen formuliert werden;

- *Je höher der Informationsgrad ist, der von der betreuenden Intensivkrankenschwester an die Bezugsperson/Eltern des Kindes vermittelt wird, desto besser kann sich das Kind auf die Besuchssituation und Krisensituation einstellen.*
- *Wenn die Vorbereitung, Begleitung und Nachbetreuung des Kindes an den kindlichen Bedürfnissen angepasst wird, wirkt sich das positiv auf die Besuchssituation und die Krisenverarbeitung des Kindes aus.*
- *Wenn die Besuchssituation und die Krisenverarbeitung positiv verlaufen, hat dies positive Auswirkungen auf das kindliche Umfeld.*

Reflexion

Während der Literaturrecherche und Ausarbeitung zeigte sich, dass eine kleine Anzahl an wissenschaftlicher Artikel und Beiträge existierte, die sich mit der Thematik beschäftigten von diesen war nur eine geringe Anzahl deutschsprachige Publikationen. Auffallend war, dass Beiträge mit hoher Inhaltsqualität häufig auch bei den anderen Artikeln verwendet wurden und somit ein Grundwissen besteht, das noch erweitert werden muss. Bei der Literaturrecherche stellte sich heraus, dass Zeitspannen bestehen, in denen es eine höhere Auseinandersetzung mit dieser Thematik gibt, welchen Hintergrund dies hatte, blieb unerklärlich.

Die vorerst falsche Betrachtungsweise mit der an die Thematik herangetreten wurde, kam nach genauerer Betrachtung zum Vorschein. Anfangs schien klar zu sein, dass Kinder im familiären Kontext gesehen werden müssen und der Fokus der Interventionen überwiegend auf das Kind gelegt werden soll. Nach genauerer Betrachtung, Überlegungen und Literaturrecherche stellte sich heraus, dass dies eine falsche Vermutung war. Jedoch für die Intensivpflege bedeutet es primär, dass Kinder nur über ihre Bezugspersonen zu erreichen sind. Nur durch eine gute Zusammenarbeit und Involvierung der Bezugsperson, ist es der Pflege möglich, Interventionen zu setzen, die bei den Kindern ankommen.

Bei Vertiefung mit der Materie wurde immer klarer, dass Kinder sehr wohl in der Lage sind, mitzuentcheiden, ob sie eine Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation besuchen möchten, oder den Kontakt in einer anderen Art und Weise halten möchten.

Anzumerken ist, dass es sicher Fälle gibt, bei denen von einem Besuch strikt abzuraten ist, wie zum Beispiel, schwerste Entstellungen oder momentane Körperbildveränderungen, extreme Lagerungen der Angehörigen, wie Bauchlage oder die kontinuierliche laterale Rotationstherapie oder Angehörige die sich im Delirium befinden.

Kritik

Da es den Rahmen der Diplomarbeit überschreiten würde, konnte keine Praxistauglichkeit der Leitlinie und deren Effekt überprüft werden. Es wäre in weiterer Folge sinnvoll, Probelaufe auf Intensivstationen durchzuführen mit anschließender Evaluierung. Eine Mitarbeiterinnen Befragung vor und nach dem Probelauf, würden Aufschluss über die Sichtweise der Pflegepersonen und der Anwendbarkeit der Leitlinie geben.

Ausblick

Es fehlt an Grundvoraussetzungen in der Pflegepraxis, ohne denen die Basis nicht ganzheitlich pflegen oder begleiten kann, da dies eines der wichtigsten Bestreben der Pflege ist, besteht Handlungsbedarf. Im Bezug auf die Thematik „Kinder als Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation“ fehlt es an Wissensvermittlung in der Grundausbildung, mögliche Weiterbildungen und Ausbildungen, personellen Ressourcen, Instrumente für die Praxis und strukturellen Voraussetzungen. Es besteht ein großes Defizit im Umgang mit Kindern als Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation.

Aufschlussreich wären der Blickwinkel und die Erfahrungen in Bezug auf Besuche von Kindern und der Einfluss auf die Entscheidung, ob ein Besuch stattfinden sollte, der betroffenen Patientin, betreuende Intensivkrankenschwester und des übrigen Teams.

In Österreich wäre es anstrebenswert, wenn man die Situation und die Erfahrungen der Kinder und deren Bezugspersonen als Angehörige auf Erwachsenen-Intensivstationen beleuchten würde, um deren Wünsche, Bedürfnisse und Ansichten klar formulieren zu können; *„If children should be asked about if they want to visit or not, if the visiting child should be well-informed, well-prepared, and well- treated within the nurses family perspective these ICU visits should always reflect and correspond to the UN Convention on the Rights of the Child (2004).“* (Knutsson et al., 2004, S. 272)

Vor allem in den Krankenhäusern gehören Kinder den vergessenen Gruppen an, gerade die Pflege sollte sich verantwortlich fühlen, dass die Rechte der Kinder respektiert und eingehalten werden. Die Pflege hat die einmalige Möglichkeit, sich im Interesse der Kinder für diese zu engagieren und damit ein Zeichen im Gesundheitswesen und damit in der Gesellschaft zu setzen.

10. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Einteilung der Lebensabschnitte	44
Tabelle 2: Phasen der Entwicklung über die Lebensspanne	47
Tabelle 3: Stadien der kognitiven Entwicklung nach Piaget.....	48
Tabelle 4: Faktoren und Auswirkungen	91
Tabelle 5: direkte Interventionen beim Kind	106

11. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Die Familie und ihre Beziehung zu anderen Systemen	33
Abbildung 2: Zirkuläres Muster einer unterstützenden Beziehung	35
Abbildung 3: Positive Feedbackschleife	40
Abbildung 4: Negative Feedbackschleife	40
Abbildung 5: Hierarchie der Bedürfnisse.....	51
Abbildung 6: Das doppelte ABCX-Streßmodell.....	66
Abbildung 7: Position der Pflegeperson.....	101
Abbildung 8: Kommunikation	103

12.Leitlinienverzeichnis

Leitlinie 1: Besuch von Kindern auf einer Erwachsenen-Intensivstation: Schriftliche Darstellung.....	121
Leitlinie 2: Kinder als Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation: Graphische Darstellung;	123

13. Literaturverzeichnis

- Abt-Zegelin, A., Juchems, S., Laible, J. & Mayer, H. *Besuchsregelungen auf Intensivstationen in deutschen Krankenhäusern: Ausgewählte Ergebnisse der Befragung von Pflegenden*. Verfügbar unter: <http://www.stiftung-pflege.info/page1/page33/files/BesuchsregErgeb.pdf> [26.07.08].
- Aujoulat, I., Simonelli, F. & Deccache, A. (2006). Health promotion needs of children and adolescents in hospitals: A review. *Patient Education and Counseling*, 61 (1), 23-32.
- Baker, C., Nieswiadomy, R. M. & Arnold, W. K. (1988). Nursing interventions for children with a parent in the intensive care unit. *Heart & Lung*, 17 (4), 441-446.
- Beham, M., Gössweiner, V. & Gross, I. (2000, 04. April) Zur gesellschaftlichen Bedeutung der Leistungen von Familien, *Österreichischer Familienbericht 1999. Österreichischer Familienbericht 1999 - Band 1, Zur Situation von Familie und Familienpolitik in Österreich* (S. 40–61). Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend (Band 1 - Teil 1, Allgemeine Grundlagen zur Betrachtung von Familie). Verfügbar unter: <http://www.bmwfj.gv.at/Familie/Familienforschung/Seiten/4Familienbericht1999.aspx> [20.1.2010].
- Beham, M. & Wilk, L. (1998). Die kindliche Lebenswelt Familie. In R. Kränzl-Nagl, B. Riepl & H. Wintersberger (Hrsg.), *Kindheit in Gesellschaft und Politik. Eine multidisziplinäre Analyse am Beispiel Österreichs* (Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, S. 153–187). Frankfurt/Main; New York;: Campus-Verl.
- Beyer, A. & Lohaus, A. (2007). Konzepte zur Stressentstehung- und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter. In I. Seiffge-Krenke & A. Lohaus (Hrsg.), *Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter* (S. 11–27). Göttingen , Wien u.a.: Hogrefe.
- Bowlby, J. (2008). *Bindung als sichere Basis: Grundlagen und Anwendungen der Bindungstheorie*. München u.a.: Reinhardt.
- Brazelton, T. Berry & Greenspan, S. I. (2008). *Die sieben Grundbedürfnisse von Kindern: Was jedes Kind braucht, um gesund aufzuwachsen, gut zu lernen und glücklich zu sein*. Beltz-Taschenbuch: Bd. 188. Weinheim und Basel: Beltz.
- Burkart, G. (2008). *Familiensoziologie*. UTB: Bd. 3061. Konstanz: UVK; UVK-Verl.-Ges.
- Clarke, C. & Harrison, D. (2001). The needs of children visiting on adult intensive care units:a review of the literature and recommendations for practice. *Journal of Advanced Nursing*, 34 (1), 61-68.
- Clarke, C. M. (2000). Children visiting family and friends on adult intensive care units:the nurses' perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (2), 330-338.
- Craft, M. J., Zichi Cohen, M., Titler, M. & De Hamer, M. (1993). Experiences in children of critically ill parents: A time of emotional disruption and need for support. *Critical Care Nursing Quarterly*, 16 (3), 64-71.
- Delfos, M. F. (2010). *"Sag mir mal ...": Gesprächsführung mit Kindern (4 bis 12 Jahre)* (6. Aufl.). Beltz-Taschenbuch: Bd. 128. Weinheim und Basel: Beltz.
- Doherty-Sneddon, G. (2005). *Was will das Kind mir sagen?: Die Körpersprache des Kindes verstehen lernen* (1. Aufl.). Psychologie-Sachbuch. Bern: Huber.

- Duden. (2008). *Duden, Korrektor Plus: Die Duden-Rechtschreibprüfung für Microsoft Office und Works* (Version 5.0). Korrigieren digital. Mannheim: Bibliograph. Inst. & Brockhaus; Bibliogr. Inst. und Brockhaus (Duden - Das Fremdwörterbuch, 9. Aufl. Mannheim 2007 [CD-ROM]).
- Egidi, K. & Boxbücher, M. (Hrsg.). (1996). *Systemische Krisenintervention*. Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis: Bd. 31. Tübingen: Dgvt-Verl.
- Egidi, K. & Boxbücher, M. (1996). Von der Krisenintervention zur Krisenbegleitung- Eine systemisch-konstruktivistische Perspektive. In K. Egidi & M. Boxbücher (Hrsg.), *Systemische Krisenintervention* (Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, S. 11–43). Tübingen: Dgvt-Verl.
- Erdmann, J. W., Rückriem G., Wolf E. (Hrsg.). (1996). *Kindheit heute: Differenzen und Gemeinsamkeiten*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Erlar, M. (2003). *Systemische Familienarbeit: Eine Einführung*. Grundlagentexte soziale Berufe. Weinheim u. München: Juventa-Verl.
- Ferenci, B. (2009). *Die Rechte von Kindern und Jugendlichen: Kinderrechtskonvention* (3. Aufl.) (Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend, Hrsg.). : Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend.
- Freire, P. (1994). *The pedagogy of hope*. New York: Continuum.
- Friedemann, M.-L. & Köhlen, C. (2003). *Familien- und umweltbezogene Pflege* (2., überarb. u. erw. Aufl.). Verlag Hans Huber, Programmbereich Pflege. Bern u.a.: Huber.
- Gehring, M. (2001). Familie- eine Begriffsdefinition. In M. Gehring, S. Kean, M. Hackmann & A. Büscher (Hrsg.), *Familienbezogene Pflege*. 1. Aufl. (Verlag Hans Huber, Programmbereich Pflege, S. 15–32). Bern: Hans Huber.
- Gerhardt, U. (1989). Krankheit und Familie. In R. Nave-Herz & M. Marckfeldt (Hrsg.), *Handbuch der Familien- und Jugendforschung* (Band 1: Familienforschung, S. 559–575). Neuwied und Frankfurt/M.: Luchterhand.
- Gestrich, A., Krause, J.-U. & Mitterauer, M. (2003). *Geschichte der Familie: Mit 17 Tabellen*. Europäische Kulturgeschichte: Bd. 1. Stuttgart: Kröner.
- Giesecke, H. (2004). *Einführung in die Pädagogik* (7. Aufl.). Weinheim u. München: Juventa-Verl.
- Gnass, I. (2008a). Besuche von Kindern auf einer Intensivstation: Auswahl an pflegerischen Interventionen. *CNE Fortbildung und Wissen für Pflege*. Verfügbar unter: auf Anfrage von helpdesk@thieme.de erhalten (am 22.07.2010).
- Gnass, I. (2008b). Kinder als Besucher auf einer Erwachsenen-Intensivstation- eine Literaturstudie. In P. Nydahl & G. Bartoszek (Hrsg.), *Basale Stimulation. Neue Wege in der Pflege Schwerstkranker*. 5. Aufl. (S. 232–242). München: Urban & Fischer in Elsevier.
- Gnass, I. (2003). *Literaturarbeit: Kinder besuchen einen Familienangehörigen auf einer Erwachsenenintensivstation*. Verfügbar unter: http://www.pflegewiki.de/wiki/Literaturarbeit:Kinder_besuchen_einen_Familienangeh%C3%B6rigen_auf_einer_Erwachsenenintensivstation [28.07.2010].
- Gnass, I. (2005). *Pflegeinterventionen: Kinder als Besucher auf Erwachsenen-Intensivstationen: Eine Literaturstudie englisch- und deutschsprachiger Publikationen von 1990-2004*.

Bachelorarbeit (unveröffentlicht), Private Universität Witten/Herdecke gGmbH.
Witten/Herdecke

- Gnass, I. (2006). Gezielte Interventionen unterstützen Bewältigungsarbeit: Kinder als Besucher in Erwachsenenintensivstationen-Literaturstudie. *Pflegezeitschrift*, 7, S. 405–409.
- Gnass, I. (2009). Kinder als Angehörige integrieren. *PflegenIntensiv* (1), 6-10.
- Greif, C. & Hoffmann, P. (1999). Angehörige von Intensivpatienten: Pflegende begleiten durch die Krise. *Pflegezeitschrift*, 52 (7), 483-485.
- Gschnitzer, F. & Faistenberger, C. (1979). *Österreichisches Familienrecht* (2., neubearb. Aufl. / von Christoph Faistenberger). Springers Kurzlehrbücher der Rechtswissenschaft. Wien u.a.: Springer.
- Hill, P. Bernhard & Kopp, J. (2006). *Familiensoziologie: Grundlagen und theoretische Perspektiven* (4., überarb. Aufl.). Studienskripten zur Soziologie. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.
- Holoch, E. (1999). Grundannahmen über die menschliche Entwicklung und Einteilung der Entwicklungsphasen. In E. Holoch, U. Gehrke, B. Knigge-Demal & E. Zoller (Hrsg.), *Lehrbuch Kinderkrankenpflege. Die Förderung und Unterstützung selbstpflegebezogenen Handelns im Kindes- und Jugendalter* (Hans Huber Programmbereich Pflege, S. 83–87). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle;: Huber.
- Hopf, C. (2005). *Frühe Bindungen und Sozialisation: Eine Einführung*. Grundlagentexte Pädagogik. Weinheim u.a: Juventa-Verl.
- Ihlenfeld, J. T. (2006). Should We Allow Children to Visit Ill Parents in Intensive Care Units? *Dimensions of critical care nursing*, 25 (6), 269-271.
- Johnson, D. L. (1994). Preparing Children for Visiting Parents in the Adult ICU. *Dimensions of critical care nursing*, 13 (3), 152-165.
- Kean, S. (2010). Children and young people visiting an adult intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (4), 868-877.
- Kean, S. & Gehring, M. (2001). Theoretische Grundlagen von Family (Systems) Nursing. In M. Gehring, S. Kean, M. Hackmann & A. Büscher (Hrsg.), *Familienbezogene Pflege*. 1. Aufl. (Verlag Hans Huber, Programmbereich Pflege, S. 33–46). Bern: Hans Huber.
- Keller, A. & Albert, M. (2006). Angehörige in der Intensivpflege-Möglichkeiten und Grenzen der Integration von familiären Netzwerken in den Pflegeprozessen. *Pflegezeitschrift*, 59 (7), 2-8.
- Kleine-Katthöfer, G. (2009). *Grundbausteine Sozialpädagogik: Arbeitsbuch für den Didaktik- und Methodikunterricht* (2. Aufl.). bv1: Bd. 5928. Troisdorf: Bildungsverl. EINS.
- Kleiser-Eysn, S. (2008). Kinder und Jugendliche als Angehörige in der Palliativbetreuung. *Pflegenetz* (1), 12-14.
- Klößner, C. A., Beisenkamp, A. & Hallman, S. (2004). Familie aus der Perspektive von Kindern zwischen 9 und 14 Jahren. *Zeitschrift für Familienforschung*, 15 (2), 130-143.
- Knigge-Demal, B. (1999). Die emotionale Entwicklung am Beispiel der Angst. In E. Holoch, U. Gehrke, B. Knigge-Demal & E. Zoller (Hrsg.), *Lehrbuch Kinderkrankenpflege. Die Förderung und Unterstützung selbstpflegebezogenen Handelns im Kindes- und Jugendalter*

(Hans Huber Programmbereich Pflege, S. 139–153). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle;: Huber.

- Knutsson, S., Samuelsson, I. P., Hellström, A.-L. & Bergbom, I. (2008). Children's experiences of visiting a seriously ill/injured relative on an adult intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 61 (2), 154-162.
- Knutsson, S. E. M. & Bergbom, I. L. (2007). Custodians' viewpoints and experiences from their child's visit to an ill or injured nearest being cared for at an adult intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 16 (2), 362-371.
- Knutsson, S. E. M., Otterberg, C. L. & Bergbom, I. L. (2004). Visits of children to patients being cared for in adult ICUs: policies, guidelines and recommendations. *Intensive and Critical Care Nursing*, 20, 264-274.
- Krampe, E.-M. (1999). Mein Sohn Lukas ist krebskrank: Die Rolle der Angehörigen in der Gesundheitsversorgung. *Pflege aktuell*, 53 (2), 80-85.
- Kränzl-Nagl, R., Riepl, B. & Wintersberger, H. (Hrsg.). (1998). *Kindheit in Gesellschaft und Politik: Eine multidisziplinäre Analyse am Beispiel Österreichs*. Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung: Bd. 5. Frankfurt/Main; New York;: Campus-Verl.
- Kreppner, K. (1989). Familiäre Sozialisation. In R. Nave-Herz & M. Markefka (Hrsg.), *Handbuch der Familien- und Jugendforschung* (Band 1: Familienforschung, S. 289–309). Neuwied und Frankfurt/M.: Luchterhand.
- Kuhn, J. & Lenz, A. (2008). Coping bei Kindern schizophoren erkrankter Eltern: eine täuschend gute Bewältigung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57, 735-756.
- Kuzdas, C. (2001). *Alkoholismus und Familie unter besonderer Berücksichtigung der Situation der Kinder*. Diplomarbeit (Magistra), Universität Wien. Wien
- Lenz, A. (2005a). *Kinder psychisch kranker Eltern*. Göttingen u.a.: Hogrefe.
- Lenz, A. (2005b). Vorstellungen der Kinder über die psychische Erkrankung ihrer Eltern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 54, 382-398.
- Lenz, A. (2008). *Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern: Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Maßnahmen*. Göttingen, Wien u.a.: Hogrefe.
- Lewandowski, L. A. (1992). Needs of children during the critical illness of parents or sibling. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 4 (4), 573-585.
- Lohaus, A. & Ball, J. (2006). *Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern* (2., überarb. und erw. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Marschelke, E. (1999). Kindsein in modernen Gesellschaften. In E. Holoch, U. Gehrke, B. Knigge-Demal & E. Zoller (Hrsg.), *Lehrbuch Kinderkrankenpflege. Die Förderung und Unterstützung selbstpflegebezogenen Handelns im Kindes- und Jugendalter* (Hans Huber Programmbereich Pflege, S. 35–51). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle;: Huber.
- McGoldrick, M., Gerson, R. & Petry, S. (2009). *Genogramme in der Familienberatung* (3., vollst. überarb. u. erw. Aufl.). Klinische Praxis. Bern: Huber.
- Metzing, S. (2008). "Ohne Familie geht's nicht": Die Bedeutung von Angehörigen für Patientinnen und Patienten auf Intensivstationen. In P. Nydahl & G. Bartoszek (Hrsg.), *Basale*

- Stimulation. Neue Wege in der Pflege Schwerstkranker*. 5. Aufl. (S. 220–231). München: Urban & Fischer in Elsevier.
- Metzing, S. & Schnepf, W. (2007). Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige: Wer sie sind und was sie leisten.: Eine internationale Literaturstudie (1990-2006). *Pflege*, 20 (6), 323-330.
- Mitterauer, M. (1997). „Das moderne Kind hat zwei Kinderzimmer und acht Großeltern"- Die Entwicklung in Europa. In M. Mitterauer & N. Ortmayr (Hrsg.), *Familie im 20. Jahrhundert. Traditionen, Probleme, Perspektiven*. 1. Aufl. (Historische Sozialkunde, S. 13–51). Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.
- Mitterauer, M. (2009). *Sozialgeschichte der Familie: Kulturvergleich und Entwicklungsperspektiven* (1., Aufl.). Basistexte Wirtschafts- und Sozialgeschichte: Bd. 1. Wien: Braumüller.
- Nave-Herz, R. (1989a). Gegenstandsbereich und historische Entwicklung der Familieforschung. In R. Nave-Herz & M. Marckfeldt (Hrsg.), *Handbuch der Familien- und Jugendforschung* (Band 1: Familienforschung, S. 1–17). Neuwied und Frankfurt/M.: Luchterhand.
- Nave-Herz, R. (1989b). Zeitgeschichtlicher Bedeutungswandel von Ehe und Familie in der Bundesrepublik Deutschland. In R. Nave-Herz & M. Marckfeldt (Hrsg.), *Handbuch der Familien- und Jugendforschung* (Band 1: Familienforschung, S. 211–222). Neuwied und Frankfurt/M.: Luchterhand.
- Nestmann, F. (1997). Familie als soziales Netzwerk und Familie im sozialen Netzwerk. In L. Böhnisch & K. Lenz (Hrsg.), *Familien. Eine interdisziplinäre Einführung* (Dresdner Studien zur Erziehungswissenschaft und Sozialforschung, S. 213–234). Weinheim: Juventa-Verl.
- Nestmann, F. & Wehner, K. (2008). Soziale Netzwerke von Kindern und Jugendlichen. In F. Nestmann, J. Günther, S. Stiehler, K. Wehner & J. Werner (Hrsg.), *Kindernetzwerke. Soziale Beziehungen und soziale Unterstützung in Familie, Pflegefamilie und Heim* (Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung, S. 11–40). Tübingen: Dgvt-Verl.
- Noack, W. (2001). *Sozialpädagogik: Ein Lehrbuch*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Parson, D. (1996). Was wissen wir über die Großstadtkindheit? In J. Werner Rückriem Georg Erdmann & E. Wolf (Hrsg.), *Kindheit heute. Differenzen und Gemeinsamkeiten* (S. 43–58). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Pierce, B. (1998). Children Visiting in the Adult ICU: A Facilitated Approach. *Critical Care Nurse*, 18 (2), 85-90.
- Plowright, C. I. (1996). Revisiting visiting in intensive therapy units. *Intensive and Critical Care Nursing*, 12, 231-238.
- Pott, M., Haagen, M., Baldus, C., Saha, R. & Romer, G. (2005). Wenn Mütter an Krebs erkranken: Seelische Auswirkungen auf Kinder und präventiver Handlungsbedarf. *Zentralblatt für Gynäkologie*, 127 (3), 114-119.
- Rohrbach, C. (2006). Kommunikation. In A. Messall & C. Rohrbach (Hrsg.), *Fachpflege neonatologische und pädiatrische Intensivpflege*. 1. Aufl. (S. 23–28). München: Urban und Fischer.

- Romer, G. (2007). Kinder körperlich kranker Eltern: Psychische Belastungen, Wege der Bewältigung und Perspektiven der seelischen Gesundheitsvorsorge. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56, 870-890.
- Rozdilsky, J. R. (2005). Enhancing Sibling Presence in Pediatric ICU. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 17, 451-461.
- Schneewind, K. A. (1999). *Familienpsychologie* (2., überarb. Aufl.). Stuttgart u.a.: Kohlhammer.
- Schweiz. Verein KIND & SPITAL, Hrsg.. (2002). *Die Charta für Kinder im Spital & Erläuterungen*. Verfügbar unter: <http://www.kindundspital.ch/pdf-doc/charta-d.pdf> [7.6.2010].
- Seiffge-Krenke, I. (2009). *Psychotherapie und Entwicklungspsychologie: Beziehungen: Herausforderungen- Ressourcen- Risiken* (2., vollständig überarbeitete Auflage.). Berlin, Heidelberg: Springer Medizin Verlag Heidelberg.
- Seiffge-Krenke, I. & Skaletz, C. (2007). Eltern als Modelle für Stressbewältigung. In I. Seiffge-Krenke & A. Lohaus (Hrsg.), *Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter* (S. 147–160). Göttingen, Wien u.a.: Hogrefe.
- Seiffge-Krenke, I. & von Irmer, J. (2007). Zur Situationsabhängigkeit von Bewältigung. In I. Seiffge-Krenke & A. Lohaus (Hrsg.), *Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter* (S. 69–80). Göttingen, Wien u.a.: Hogrefe.
- Simon, C. (1995). *Pädiatrie: Lehrbuch der Kinderheilkunde und Jugendmedizin* (7., überarb. und erw. Aufl.). Stuttgart; New York;: Schattauer.
- Simon, F. B. (2000). Grenzfunktionen der Familie. *System Familie*, 13 (3), 140-148.
- Titler, M. G., Zichi Cohen, M. & Craft, M. J. (1991). Impact of adult critical care hospitalization: Perceptions of patients, spouses, children and nurses. *Heart & Lung*, 20 (2), 174-182.
- Vint, P. E. (2005a). An exploration of the support available to children who may wish to visit a critically adult in ITU. *Intensive & Critical Care Nursing*, 21, 149-159.
- Vint, P. E. (2005b). Children visiting adults in ITU-what support is available? A descriptive survey. *Nursing in critical care*, 10 (2), 64-71.
- Wagner, E.-M. (2006). Integration von Geschwistern kranker Kinder: "Müssen wir leider draußen bleiben". *Kinderkrankenschwester*, 25 (9), 355-359.
- Wilk, L. (1994). Kindsein in Österreich. In E. Filler, A. Kern, D. Kölbl, S. Trnka & H. Wintersberger (Hrsg.), *Kinder, Kinderrechte und Kinderpolitik. Enquête Wien, Österreich 2. - 4. Mai 1994*. Eurosocal reports: Bd. 50 (S. 35–55). Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research.
- Wright, L. M. & Leahey, M. (2009). *Familienzentrierte Pflege: Lehrbuch für Familien-Assessment und Interventionen ; [Assessment und familienbezogene Interventionen]* (1. Aufl.). Familiengesundheitspflege. Bern: Huber.
- Zimbardo, P. G. (1983). *Psychologie* (4. neubearbeitete Auflage.). Berlin u.a.: Springer.
- Zimbardo, P. G. & Gerrig, R. J. (2004). *Psychologie* (16., aktualisierte Aufl.). Psychologie. München u.a.: Pearson Studium.

Ich versichere hiermit, dass ich die vorliegende Diplomarbeit mit dem Titel „Kinder als Angehörige auf einer Erwachsenen-Intensivstation“ selbständig verfasst habe und hierzu keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel verwendet habe. Die Diplomarbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form in keinem anderen Studiengang im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt.

Diese Diplomarbeit stimmt mit der von der Begutachterin beurteilten Arbeit überein.

Wien, August 2011

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Jasmin Issa
Geburtsdatum: 21.12.1978
Geburtsort: Wien
Staatsbürgerschaft: Österreich
Religion: Röm. Kath

Berufliche Ausbildung

Allgemeine Ausbildung

09.1999 **Diplom für Gesundheits- und Krankenpflege**
(am Wilhelminenspital)

1994- 1999 Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege
am Wilhelminenspital

Sonderausbildung

05.2003 **Diplom für Intensivpflege** (am AKH)

11. 2002- 05.2003 Spezielle Zusatzausbildung in der Intensivpflege
(am AKH)

05. 2002- 11.2002 Basisausbildung in der Intensivpflege, Anästhesiepflege und Pflege
bei Nierenersatztherapie
(am AKH)

Studium

ab 10.2005 **Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaften**
(Universität Wien)

03.2005- 07. 2005 **Studienberechtigungsprüfungen**
(Universität Wien)

Schulbildung

1984-1985 Vorschule Basler Gasse

1985- 1989 Volksschule Basler Gasse

1989-1994 Bundesrealgymnasium Anton –Krieger-Gasse

Beruflicher Werdegang

ab 01.2000 Wilhelminenspital-Operative Intensivstation

10.1999-12.1999 Geriatriezentrum Liesing