



MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Involvierung von Kindern in die Phase vor einer Operation - Eine qualitative Studie aus Sicht der Betroffenen

verfasst von | submitted by

Christian Pär Alexander Küpper B.Sc.

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien | Vienna, 2024

Studienkennzahl lt. Studienblatt | Degree
programme code as it appears on the
student record sheet:

UA 066 330

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree
programme as it appears on the student
record sheet:

Masterstudium Pflegewissenschaft

Betreut von | Supervisor:

Assoz. Prof. Mag. Dr. Martin Nagl-Cupal

Kinder denken nicht weniger als Erwachsene.

sie denken anders.

- Jean Piaget -

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Hintergrund und Problemstellung	3
2.1. Krankheitserleben und Hospitalisierung aus der Sicht von Kindern.....	4
2.2. Bedürfnisse von Kindern in der Gesundheitsversorgung	8
2.3. Operationen aus kindlicher Perspektive	12
2.4. Kinder und Anästhesie - Stand der Forschung	16
2.5. Relevanz der Kinderperspektive	24
3. Forschungsziel und Forschungsfrage	28
4. Methodik	30
4.1. Forschungsansatz	30
4.2. Methoden der Datenerhebung	32
4.2.1. Teilnehmende Beobachtung	33
4.2.2. Sequenz-Interview	35
4.2.3. Feldzugang	36
4.2.4. Einschlusskriterien	37
4.2.5. Darstellung der Studienteilnehmer*innen.....	38
4.2.6. Methodische Umsetzung.....	40
4.3. Datenaufbereitung	42
4.4. Umgang mit den Daten	44
4.5. Auswertung der Daten.....	46
4.5.1. Offenes Kodieren	47
4.5.2. Axiales Kodieren	47
4.6. Gütekriterien qualitativer Forschung	48
4.6.1. Verfahrensdokumentation	49
4.6.2. Regelgeleitetheit	49
4.6.3. Argumentative Interpretationssicherung	49
4.6.4. Nähe zum Gegenstand	50

4.6.5.	Kommunikative Validierung	50
4.6.6.	Triangulation	51
4.7.	Ethische Aspekte	51
5.	Ergebnisse	54
5.1.	In einer fremden Welt.....	56
5.1.1.	Fremder Raum mit fremden Geräten.....	56
5.1.2.	Fremde Personen	58
5.1.3.	Fremde Situation.....	59
5.2.	Informiert werden	61
5.2.1.	Fragen beantworten.....	61
5.2.2.	Erklären, was passiert.....	63
5.2.3.	Vergleiche herstellen	66
5.3.	Begleitet werden	67
5.3.1.	Kommunikation gewährleisten	68
5.3.2.	Situation gemeinsam bewältigen	70
5.4.	Gestärkt werden.....	72
5.4.1.	Positive Atmosphäre schaffen	72
5.4.2.	Vertrauen gewinnen.....	75
6.	Diskussion	78
6.1.	Einbettung der Ergebnisse in den Forschungsstand	79
6.2.	Theoretische Verortung der Ergebnisse in die CCC.....	93
7.	Stärken und Schwächen der Arbeit.....	97
8.	Implikationen und Schlussfolgerung	99
	Literaturverzeichnis	103
	Anhang	110
	Kurzfassung.....	127
	Abstract.....	128

1. Einleitung

„[...] encouraging children to take responsibility for their own actions and helping them to understand through education are ways of inspiring self respect and confidence when faced with new tasks“ (Price, 1994, zit. n. Wennström, Hallberg & Bergh, 2008, S. 104).

Ein Krankenhausaufenthalt stellt für Kinder oftmals eine stressige und beängstigende Erfahrung dar. Sie sind unterschiedlich gut in der Lage, mit einer Hospitalisierung umzugehen. Besonders im Krankenhaus können Kinder als potenziell vulnerable Gruppe verstanden werden. Hier befinden sie sich aufgrund von Krankheit und möglicherweise lebensweltbedrohlichen Umständen. Sie haben viel weniger Kontrolle über das, was mit ihnen geschieht, als in den meisten anderen Bereichen, wo sie sich für gewöhnlich aufhalten und interagieren (Coyne & Conlon, 2007). Sich darüber hinaus in einem Bereich zu befinden, welcher sich durch eine technologisch fortgeschrittene Umgebung, zumeist unbekannte Menschen und möglicherweise schmerzhafteste Prozeduren auszeichnet, kann für Kinder oder Jugendliche enorm strapaziös sein und negative Emotionen, wie Ängste oder Machtlosigkeit, hervorrufen. Sie sind in ihrer Entscheidungsmacht und ihren Handlungsmöglichkeiten deutlich eingeschränkt und können sich kaum am Geschehen beteiligen. Kinder wünschen sich hier jedoch ein Gefühl von Sicherheit und Kontrolle (Andersson, Karlsson, Johansson & Almerud Österberg, 2020).

Besonders herausfordernd kann für Kinder und Jugendliche der Aufenthalt im Operationssaal, sowie das Wissen um eine kurz bevorstehende Narkose und Operation [OP] sein. Dies stellt für sie ein einschneidendes Erlebnis in ihrer noch jungen Biografie dar. Anästhesie und Operationen können bei jungen Patient*innen und ihren Angehörigen große Ängste und Unsicherheiten auslösen. Untersuchungen haben gezeigt, dass mehr als 40% der heranwachsenden Patient*innen während des Narkoseprozesses Angstzustände oder negative Verhaltensweisen zeigen (Winterberg, Lane, Hill & Varughese, 2022). Als Quellen präoperativer Angst von jungen Patient*innen können unter anderem die Unsicherheit bei Eingriffen, Angst vor Schmerzen, Verlust der Autonomie oder die Trennung von den Eltern aufgeführt werden (Coyne, 2006a; Lööf, Andersson-Papadogiannakis & Silén,

2019). Ängste vor Verletzung, Verstümmelung, Schmerzen und möglicherweise dem Tod beunruhigen Kinder im Krankenhaus besonders und vergrößern die Abneigung gegenüber dem OP-Bereich. Bedenken über die möglichen Nebenwirkungen der Behandlung, wie ein verändertes Körperbild, eingeschränkte Mobilität, Abhängigkeit von der Hilfe anderer und Kontrollverlust oder auch das Aufwachen mit Schmerzen, sind weitere prägende Ängste für die jungen Patient*innen (Coyne, 2006a). Die Angst vor der Operation äußert sich oftmals durch Stress, wenig Kooperation und Abwehrverhalten bei der Anästhesieeinleitung (Chorney & Kain, 2009; Machotta, 2010).

Obwohl die aktive Beteiligung am Krankheitsbewältigungsgeschehen ein Grundrecht der Kinder ist, werden sie während ihrer Gesundheitsversorgung nicht immer einbezogen. Kinder zeigen jedoch sowohl verbale als auch nonverbale Kommunikationsmöglichkeiten während um sie herum stattfindender Prozesse (Quaye, Coyne, Söderbäck & Hallström, 2019). Die Meinungen und Vorlieben der Heranwachsenden zu erfragen und in Handlungsabläufe zu implementieren ist unerlässlich, wenn Dienstleistungen angeboten werden sollen, die auf ihre speziellen Bedürfnisse eingehen. Kinder sind durchaus in der Lage, neue Perspektiven und Ideen für die Erbringung von auf sie fokussierten Gesundheitsdienstleistungen einzubringen, weshalb ihre Meinung mehr Berücksichtigung finden sollte (Coyne & Kirwan, 2012). Studien konnten zudem zeigen, dass kindgerechte Gespräche und die Interaktion mit medizinischem Personal, sowie ausreichend Informationen zu Abläufen bei der Anästhesie die Angst der Kinder reduzieren kann (Fortier et al., 2009; Lööf et al., 2019; Sjöberg, Amhliden, Nygren, Arvidsson & Svedberg, 2015; Wennström et al., 2008).

Das Ziel der vorliegenden Masterarbeit war es daher, zu erörtern, wie Kinder gegenwärtig in die präoperativen Prozesse einbezogen werden und welche Bedeutung dies für sie hat. Dabei stand die Sicht der Kinder im Zentrum der Aufmerksamkeit.

2. Hintergrund und Problemstellung

Ein Krankenhaus ist für Kinder ein Ort, der viele verschiedene Gefühle und Emotionen bedeutet. In Phasen der Genesung und Besserung, dem zunehmend aktiver werden können und der Möglichkeit, sich freier zu bewegen und wieder zwanglos zu spielen, kann der Krankenhausaufenthalt von Spaß und Freude gekennzeichnet sein. Neue Dinge können entdeckt und gelernt werden. Jedoch wird das Krankenhaus insbesondere für Kinder auch als ein beängstigender und gruseliger Ort beschrieben. Die Angst vor dem Unbekannten, der Mangel an Informationen und eine unzureichende Vorbereitung auf diese fremde Umgebung sind dabei prägend (Coyne & Kirwan, 2012). Die Erfahrung von Krankheit und Hospitalisierung verursacht eine Störung im Wohlbefinden von Kindern und stellt zudem eine Bedrohung für ihre Unabhängigkeit, die bisher erlernte und noch junge Selbstpflegefähigkeit, sowie die Selbstkontrolle dar. Ein Ungleichgewicht zwischen Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen des Kindes kann entstehen, was auch Auswirkungen auf die Ergebnisse der pflegerischen und medizinischen Behandlung nach sich zieht. Hinzu kommt, dass oftmals eine insuffiziente Kommunikation in Richtung des Kindes, in Kombination mit der untergeordneten Rolle dessen gegenüber dem Krankenhauspersonal, zusätzlich einen negativen Einfluss auf das physische und psychische Wohlergehen ausüben kann. Auch die Gefühle der Abhängigkeit von fremden Personen stellen eine Belastung für das hospitalisierte Kind dar. Es wird hier als verletzlicher und labiler erkannt, weshalb die Ansichten des Kindes teilweise ignoriert oder sogar diskreditiert werden (Coyne, 2006b). Trennungsangst, ungewohnte Routinen, Erwartungen oder Erfahrungen im Zusammenhang mit einer Narkose und Operation, sowie Schmerzen und Nadeln können als Ursachen für negative Reaktionen von Kindern auf die Hospitalisierung dieser benannt werden (Wennström et al., 2008). Die Notwendigkeit von Anästhesie und Operation wird als bedeutende und belastende Erfahrung für Kinder verstanden. Ein falscher Umgang mit diesen kann den Behandlungsverlauf, die Genesung und den zukünftigen Umgang mit der Inanspruchnahme pflegerischer und medizinischer Dienste des jungen Menschen beeinträchtigen (Coyne, 2006a; Löff et al., 2019).

2.1. Krankheitserleben und Hospitalisierung aus der Sicht von Kindern

„Kinder entwickeln ihrem Alter und Entwicklungsstand entsprechend subjektive Theorien und Vorstellungen im Zusammenhang mit ihrer Gesundheit und dem jeweiligen Krankheitsgeschehen. Die Vorstellungen und Erklärungsmuster von Gesundheit und Krankheit stehen in einem engen Zusammenhang mit der inneren, sachimmanenten Entfaltungslage intelligenten Verhaltens“ (Köhlen & Kubanski, 2008, S. 5).

Kinder stehen während ihrer Entwicklung in einem stetigen Abhängigkeitsverhältnis von anderen - zu Hause von ihren Eltern und ihrer Familie, im Kindergarten und der Schule von vertrauten Erzieher*innen und Lehrer*innen. Der Aufenthalt im Krankenhaus stellt jedoch einen extremen und außergewöhnlichen Umstand für Kinder dar. Sie befinden sich dort in der Obhut von Pflegepersonen und Ärzt*innen. Eine Situation, die häufig nicht realisierbar und greifbar für die Kinder ist. Sie fühlen sich allein, verlassen, verängstigt und krank, die Eltern sind nicht immer da und sie finden sich in einer völlig unbekannten und furchteinflößenden Lage wieder. Hier ist das Abhängigkeitsverhältnis geprägt von fremden Personen, die zusätzlich noch scheinbar absichtlich schmerzhaft oder vom Kind ungewollte Prozeduren an ihm oder ihr vornehmen. Es kann sich in seinem egozentrischen Denken noch nicht in die Lage des Gegenübers versetzen. Dies stellt eine Bedrohung der persönlichen Sicherheit des Kindes dar. Die jungen Patient*innen können das Geschehen um sich herum unter Umständen kognitiv noch nicht logisch erfassen, haben gegebenenfalls keine Erklärung für die Maßnahmen und erleben diese als Verletzung ihrer persönlichen Integrität. Als Reaktion entwickelt sich emotionaler Distress und sie verzweifeln womöglich an ihrer Situation (ebd.).

Kinder verstehen teilweise nicht den Sinn und Zweck ihrer Hospitalisierung oder von Interventionen und es wird ihnen oftmals nicht ausreichend und altersgerecht verständlich gemacht. Zudem kommen weitere unbekannte Reize, wie fremde Geräusche oder Gerüche hinzu, welche für das Kind möglicherweise nicht zuzuordnen sind. Gefühle von Hilflosigkeit, Angst, Einsamkeit und Sorge können entstehen

(Lambert, Coad, Hicks & Glacken, 2014). Schätzungen zufolge zeigen sich ungefähr bei 60% der Kinder und Jugendlichen im Krankenhaus traumatisierende und negative Effekte, wie Alpträume, Verlustängste, Aggressionsstörungen gegenüber Erwachsenen, sowie besondere Ängste vor Gesundheitspersonal und -einrichtungen. Diese können sich aufgrund des ungewohnten Umfeldes, der vielen fremden Personen, anderen leidenden Menschen, zu wenig Informationen und bedrohlich wirkenden Prozeduren auch noch poststationär über längere Zeiträume hinweg manifestieren (Coyne & Conlon, 2007; Livesley & Long, 2013). Bereits zeitlich kurze Krankenhausaufenthalte können negative Auswirkungen auf Kinder haben. Sie fühlen sich dort oftmals auch gelangweilt, traurig und allein gelassen. Dies hängt nicht zwingend, jedoch vermehrt mit dem Alter des Kindes im Krankenhaus, der Aufenthaltsdauer und möglichen bereits gemachten Erfahrungen in dieser Umgebung zusammen (Livesley & Long, 2013).

In der qualitativen Studie von Coyne und Conlon (2007) äußerten Kinder im Krankenhaus eine Reihe von Ängsten, Befürchtungen und wahrgenommenen Bedrohungen. Diese können sich auf die Umgebung der Station beziehungsweise des Bereiches oder des Zimmers, das Krankenhauspersonal, sowie die pflegerischen und medizinischen Interventionen beziehen. Sie erzählten dabei über ihre Sorgen hinsichtlich der unvertrauten Prozeduren, welche sie im Krankenhaus erwarten können. Ein Informationsmangel oder nicht suffiziente Erklärungen von Ärzt*innen oder Pflegepersonen zu bevorstehenden Interventionen lösen Ängste in den Kindern aus. Auch Kinder, welche schon öfter in Krankenhäusern behandelt wurden, gaben an, Bedenken bezüglich ihrer aktuellen Hospitalisierung zu haben. Ein weiterer Faktor für das Unwohlsein im Krankenhaus zeigte sich darin, dass die Kinder oftmals in die Obhut von ihnen gänzlich unbekannten Personen gestellt werden. Das ständige Umgebensein von potenziell Fremden erzeugt nach den Erkenntnissen der Forscher*innen ein einschüchterndes Gefühl. Kinder empfinden das Krankenhaus zudem durch die fremden Geräusche, hellen Räume und Lichter sowie den ständigen Personenverkehr als belastenden und ruhelosen Ort. Diese Hektik kann Schlafprobleme auslösen und Unsicherheiten der jungen Patient*innen können vom Personal übersehen werden (Coyne & Conlon, 2007).

Ebenso beängstigend für sie sind die im Krankenhaus oft notwendigen Blutkontrollen und der Einsatz von Nadeln für Gefäßzugänge oder Punktionen. Diese Untersuchungen und weitere Eingriffe sind zum Teil mit Schmerzen verbunden, wobei gerade jüngere Kinder meist nicht unterscheiden können, ob die Schmerzen krankheitsbezogen sind oder zwangsläufig in Verbindung mit der kurativen Therapie stehen. Daraus können Angst und Furcht vor möglichen weiteren Prozeduren entstehen. Kinder können teilweise noch nicht ihre Fantasie von der Realität differenzieren, wodurch sich ihre Ängste zunehmend verstärken (Coyne & Conlon, 2007; Salmela, Aronen & Salanterä, 2011). Darüber hinaus äußert sich der Ort Krankenhaus für Kinder jedoch auch als eintönig und langweilig. Sie warten lange auf Untersuchungen, die Unterhaltungs- und Spielmöglichkeiten sind begrenzt und inadäquat und sie fühlen sich einsam. Des Weiteren fehlt es ihnen auch an Privatsphäre. Einige Kinder und Jugendliche empfinden es als bedrückend, ständig in Gesellschaft von Erwachsenen oder auch anderen Kindern sein zu müssen. Hier werden besonders Möglichkeiten sich zurückzuziehen, wie ein Vorhang um den persönlichen Bereich, als positive Möglichkeiten geschätzt. Ein Aufenthalt im Krankenhaus bedeutet für junge Menschen aber auch die Trennung von der Familie und von zu Hause. Dies kann als einer der größten Stressfaktoren für Kinder aller Altersgruppen im Verlauf eines Krankenhausaufenthaltes angesehen werden (Coyne & Conlon, 2007).

Kinder nutzen bei negativen und belastenden Gefühlen verschiedene Strategien, um diese auszudrücken. So können sie sich beispielsweise ruhig verhalten oder versuchen, sich zu verstecken, wenn sie sich bedroht oder machtlos fühlen. Sie entwickeln persönliche Bewältigungsstrategien, um mit einer potenziellen Bedrohung, auf der Grundlage ihrer eigenen inneren Bedingungen sowie früheren Erfahrungen, umzugehen (Andersson et al., 2020). Weitere Reaktionen im Verhalten des Kindes auf Ängste können sich jedoch auch in Form von Fluchtversuchen, genereller Unruhe oder starkem Widerstand äußern. Als Anzeichen für kindliche Ängste lassen sich beispielsweise Aggressivität, Schlaf- und Essstörungen oder auch die teilnahmslose Unterwerfung erkennen. Solche Erfahrungen mit Angst können so traumatisierend für die Kinder sein, dass sie sich negativ auf ihre Entwicklung auswirken und ihnen sonst so typische Gefühle wie Freude, Glück und Unbekümmertheit genommen werden (Salmela et al., 2011).

Die Krankenhaus-assoziierten Ängste und Befürchtungen werden durch häufig zu wenig kindgerechte und verständliche Informationen zum voraussichtlichen Ablauf von Prozeduren und des Aufenthaltes getriggert und möglicherweise verstärkt (Coyne & Conlon, 2007). In der qualitativen Studie von Ståhlberg und Kolleg*innen (2016) erleben Kinder sowohl die Angehörigen des Gesundheitswesens, sich selbst, wie auch ihre Eltern als die wichtigsten Akteure in einer gesundheitlichen Versorgungssituation. Dabei ist es den Kindern wichtig, als solche auch gesehen und behandelt zu werden und zudem zu verstehen, was in dieser Situation passiert und vor sich geht. Altersgerechte Informationen und Kommunikation zu Abläufen und Prozeduren erhöhen das Verständnis für das, was und warum es mit ihnen passiert. Dieses Wissen ermöglicht es den Kindern, sich aktiv am Geschehen zu beteiligen und gleichzeitig ihre eigene Health Literacy zu entwickeln. Diese wiederum trägt dazu bei, besser mit Gesundheitsinformationen umzugehen, mit beteiligten Akteuren eigene Ansichten zu kommunizieren und das eigene Verhalten entsprechend anzupassen (Ståhlberg, Sandberg & Söderbäck, 2016). Auch aus der qualitativen Studie von Coyne und Kirwan (2012) geht hervor, dass viele Kinder dem Kommunikationsstil des medizinischen Personals kritisch gegenüberstehen. Sie fühlen sich nicht ausreichend informiert und erleben Hindernisse, während sie versuchen, sich Gehör zu verschaffen. Die Kinder finden es oftmals schwierig, die Kommunikation des Krankenhauspersonals aufgrund von medizinischen Begriffen oder langen Sätzen zu verstehen. Sie wünschen sich, dass das medizinische Personal einfachere Worte verwendet und Informationen in kleinen Mengen bereitstellt.

Kinder möchten Zeit erhalten, um ihre Meinung zu äußern und Fragen zu stellen, haben aber Schwierigkeiten, Beachtung zu finden (Coyne & Kirwan, 2012). Dies lässt sich auch in der Studie von Coyne (2006a) erkennen. Sie extrahierte in ihrer qualitativen Studie mit elf Kindern zwischen sieben und 14 Jahren mittels Grounded Theory vier zentrale Kategorien hinsichtlich der Ängste und Sorgen von hospitalisierten Kindern. Diese wurden als Trennung von Familie und Freunden, Aufenthalt in einer ungewohnten Umgebung, Durchführung von Untersuchungen und Behandlungen und Verlust der Selbstbestimmtheit beschrieben. Der Krankenhausaufenthalt bedeutet für Kinder ein Herausgerissen werden. Der Alltag mit Familie, Freunden und dem vertrauten Zuhause ist nicht mehr gegeben. Gewohnte

Dinge wie selbstgekochtes Essen, Unternehmungen, Verabredungen, Schule oder Hobbies können während der Zeit dort nicht mehr wahrgenommen werden. Die ungewohnte Atmosphäre oder auch die Mitarbeiter*innen im Spital können die Kinder mit Sorgen erfüllen. Biographische Kontakte mit dem Gesundheitswesen oder Erzählungen und Erlebnisse aus dem sozialen Umfeld der Kinder können diese Bedenken weiter verstärken oder zu Fehlinterpretationen der Situation führen.

Auch bevorstehende Prozeduren wie Operationen und Untersuchungen in Verbindung mit einhergehenden Risiken, Schmerzen oder einem veränderten Körperbild lösen ein nennenswertes Unbehagen in den Kindern aus. Für Kinder bedeutet die Hospitalisierung weiters auch einen massiven Kontrollverlust über den eigenen Körper und das eigene Leben. Vorgeschriebene, unabdingbare Abläufe lassen zudem wenig Spielraum und Freiheiten für Selbstbestimmung, Wünsche oder Bedürfnisse. Die Hospitalisierung kann somit als stressvolles Ereignis für Kinder verstanden werden. Besonders Kinder im Schulalter zeigen eine Reihe von Ängsten und Sorgen hinsichtlich Krankheit und Spital. Diese manifestieren sich als Schmerzen, Veränderung des Körperbildes, Immobilität, Trennung von Bezugspersonen, Kontrollverlust über den eigenen Körper und innere Konflikte. Kinder empfinden diese Sorgen als potenziell belastend und entwickeln eine innere Distanz zum Krankenhaus (Coyne, 2006a).

2.2. Bedürfnisse von Kindern in der Gesundheitsversorgung

Obwohl die aktive Beteiligung am Krankheitsbewältigungsgeschehen ein Grundrecht der Kinder ist, werden sie während ihrer Gesundheitsversorgung nicht immer in Entscheidungsprozesse einbezogen. Kinder zeigen jedoch sowohl verbale als auch nonverbale Kommunikationsmöglichkeiten während der Entscheidungsfindung (Quaye et al., 2019). Bedürfnisse hospitalisierter Kinder können je nach Alter variieren. Jugendliche beschreiben eher die Umgebung als wichtigen Faktor für das eigene Wohlbefinden. Jüngere Kinder hingegen empfinden eine gewisse Kontinuität hinsichtlich des Personals, welches sie betreut, als relevant. Diese besonders jungen Patient*innen wünschen sich vor allem Verbesserungen in den Bereichen Kommunikation, Beziehungsaufbau, Umgebungsgestaltung, Respekt und Höflichkeit innerhalb der Krankenhausatmosphäre (Livesley & Long, 2013).

Anstatt die Kinder in eine gemeinsame Entscheidungsfindung einzubeziehen und ihre Perspektive vordergründig zu berücksichtigen, wird meist die Sichtweise von den Eltern oder dem Krankenhauspersonal priorisiert. Der Einbezug kann jedoch bewirken, dass Kinder mehr Verständnis gegenüber der Situation und dem Prozedere sowie dem Gefühl von Teilhabe entwickeln (Coyne & Kirwan, 2012).

Kinder besitzen das fundamentale Recht, dass man ihnen zuhört, sie mit einbezieht und sie ihre Meinung, bezüglich sie selbst betreffenden Angelegenheiten, offenkundig mitteilen dürfen. Dies sollte vor allem auch dann der Fall sein, wenn es um Themen rund um medizinische Angelegenheiten geht (Anderson et al., 2020; Coyne & Kirwan, 2012; Vereinte Nationen, 1989). Kommunikation zwischen Personal und Patient*innen kann auf unterschiedlichen Ebenen stattfinden und beeinflusst die gegenwärtige Situation erheblich. Verbale, paraverbale, sowie nonverbale Aspekte der Kommunikation können das Gespräch in eine Richtung lenken, welche Zuversicht vermittelt und eine beruhigende Wirkung innehat (Andersson, Almerud-Österberg, Johansson & Knutsson, 2022).

Bereits 2008 zeigten Coad und Kolleg*innen auf, dass junge Menschen gern an ihrer gesundheitlichen Entwicklung und den sie betreffenden Geschehnissen beteiligt sind, darüber sprechen möchten und sich durch Einbezug und Nachfragen geschätzt und respektiert fühlten. Sie genießen es, neue Menschen zu treffen und bekommen so das Gefühl, dass ihre Ansichten und Erfahrungen gehört werden (Coad et al., 2008). Livesley und Long (2013) fanden in ihrer kritisch-ethnographischen Studie heraus, dass Kinder und Gesundheitspersonal unterschiedliche Realitäten während der gemeinsamen Zeit auf einer nephrologischen Station erleben. Sie beschreiben die Station als zwei verschiedene Perspektivwelten. Dabei empfand das Personal oft die teilweise noch geringe Gesundheitskompetenz und Stimmen der Kinder als herausfordernd. Die Kinder fühlten sich partiell nur als Hüllen ihrer selbst. Der Körper war zwar stets präsent, jedoch hatten sie manchmal das Gefühl, nicht mehr als Kinder oder Menschen wahrgenommen worden zu sein oder fühlten sich sogar unsichtbar und ignoriert. Die Kinder in der Studie berichteten, dass sie sich nur noch als Patient*innen fühlten, jedoch nicht mehr als Individuen und ihre Körper vom Pflegepersonal lediglich als Objekte der pflegerischen Arbeit behandelt wurden. In der Folge empfanden die jungen Patient*innen ihre

persönliche Kompetenz als unsicheres und nicht greifbares Konzept und versuchten dieser De-Humanisierung Widerstand zu leisten, die monotonen Pflegeprozesse zu unterbrechen und sich so wieder als kompetente menschliche Individuen zu behaupten. Auch wenn die Station als Ort für Kinder angedacht war, wurde diesen wenig Raum zur Entfaltung ihrer Kompetenz gegeben und ihre Ansichten wurden eher als Herausforderungen erachtet (Livesley & Long, 2013).

Andersson und Kolleg*innen (2020) schreiben, dass je höher der Grad von Angst und Stress bei Kindern ist, desto geringer ist ihre Fähigkeit zu kooperieren. Eine große krankenhausesbezogene Angst wird mit jüngerem Alter, Verhaltensauffälligkeiten, vorangegangenen Spitalsaufenthalten und ängstlichen oder stark besorgten Eltern bei der Einweisung assoziiert. Darüber hinaus können Kinder in einer ihnen unbekannten Umgebung einen besonderen Kontrollverlust empfinden. Gerade durch die Abwesenheit ihrer vertrauten Nahestehenden ist es wahrscheinlicher, dass sie vermehrt Gefühle von Unwohlsein empfinden (Andersson et al., 2020). Als mögliche Copingstrategien bezüglich der Ängste im Krankenhaus nennen Coyne und Conlon (2007) die Präsenz der Eltern oder Erziehungsberechtigten, neue Freundschaften, eine für die Kinder verständliche Erklärung zu den verschiedenen Untersuchungen sowie die Pflegepersonen und Ärzt*innen besser zu kennen. Die Atmosphäre wird als weniger gefährlich und bedrohlich gesehen und hilft dabei, dass sich die Situation normalisieren kann und die Kinder sich sicher fühlen (Coyne & Conlon, 2007).

Quaye und ihre Kolleg*innen (2019) zeigen auf, dass Fachkräfte im Gesundheitswesen, die sich auf Pädiatrie spezialisieren, die Perspektive des Kindes einbeziehen und die Versorgung unter Einbeziehung der Schlüsselemente eines kindzentrierten Betreuungsansatzes planen müssen, um die aktive Beteiligung der Kinder auf einer von ihnen gewählten Ebene zu gewährleisten. Es besteht ein Bedarf an Bewusstseinsbildung, um den Fachkräften im Gesundheitswesen zu helfen, die aktive Teilnahme von Kindern an ihrer Betreuung und Entscheidungsfindung zu erleichtern (Quaye et al., 2019). Darüber hinaus wirkt sich eine kind-beziehungsweise altersgerechte Aufklärung, unter Berücksichtigung der Lernprozesse von Kindern über die Situation und Prozeduren, positiv auf die Zeit im Spital aus und führt möglicherweise zu weniger bis hin zu non-existenten negativen Erfahrungen

mit dem Bereich Krankenhaus (Löf et al., 2019). Kinder und Jugendliche äußern durchaus den Wunsch, von ihren Erlebnissen und über ihre Ansichten zu berichten. Sie schätzen die Möglichkeit, ihre Erfahrungen einzubringen, möchten gehört werden und sich beteiligen. Sie fühlen sich in der Folge wertgeschätzt und respektiert. Daraus kann ein größeres Selbstvertrauen, ein höheres Selbstwertgefühl, die Entwicklung neuer Fähigkeiten und eine Steigerung ihrer Sozialkompetenz resultieren (Coad et al., 2008). Sie möchten dadurch trotz ihrer eingeschränkten Wahlmöglichkeiten Kontrolle wiedererlangen oder sich an einer Entscheidungsfindung beteiligen. Kinder wollen ihre Meinung äußern dürfen, Entscheidungen mittreffen, Fragen stellen können und diese beantwortet bekommen und sich an Prozessen beteiligen. So kann ihre Kontrolle über die Situation bis zu einem gewissen Grad zunehmen und mehr Sicherheit erlangt werden (Andersson et al., 2020).

Eine besondere Situation stellt die Tatsache einer notwendigen Anästhesie und Operation dar. Kinder möchten, wenn eine OP oder Untersuchung unter Narkose auf sie zukommt, besondere und vor allem verständliche Informationen erhalten. Diese sind für die jungen Patient*innen von erhöhter Relevanz, um möglichen Ängsten begegnen zu können. Hierzu zählen Informationen über Schmerzen, wie Dauer, Intensität, Qualität oder Umgang damit, was sie sehen werden und ob es ihnen nach der OP bessergehen wird. Auch Informationen hinsichtlich der Anästhesie spielen eine wichtige Rolle für die Kinder. In der Untersuchung von Fortier et al. (2009) beantworteten Kinder Fragen dazu, wie sehr sie gern über gewisse Aspekte aufgeklärt werden würden. Sie möchten Antworten darauf, ob sie inmitten der OP aufwachen könnten (ca. 62%), sie etwas fühlen, während sie schlafen (51%), sie sich nach der OP krank oder benommen fühlen werden (51,5%), ihre Eltern beim Aufwachen da sind (58%), wie lange sie schlafen werden (48%) und wie man sie zum Einschlafen bringt (44%). Diese nennenswerten Zahlen zeigen, welche Gedanken Kinder sich allein über die bevorstehende Anästhesie machen und dass diese sie sehr beschäftigen (Fortier et al., 2009).

Kinder wünschen sich Ordnung und Sicherheit in einer ihnen fremden Umgebung. An der Versorgung der Kinder beteiligte Berufsgruppen müssen dies für die jungen Patient*innen bereitstellen und sie dahingehend unterstützen, sich möglichst si-

cher und verstanden zu fühlen. Auch die Schaffung eines Verständnisses für notwendige Untersuchungen und Eingriffe sind von Relevanz für die kindgerechte Versorgung im Krankenhaus. Kinder möchten sie betreffende Entscheidungen mit beeinflussen und sich integriert fühlen. Dadurch kann das Selbstvertrauen gestärkt und Stress reduziert werden. Der Krankenhausaufenthalt ist für Kinder eine einzigartige Erfahrung, weshalb eine individuelle und kindzentrierte Versorgung und Kommunikation die Grundlage für ein möglichst ganzheitliches, positives Outcome darstellt. Das aktive Zuhören und Eingehen auf Bedürfnisse, durch beispielsweise das Pflegepersonal, kann die Sichtweise der Kinder aufgreifen und somit suffizienter unterstützen (Coyne, 2006a).

2.3. Operationen aus kindlicher Perspektive

Der perioperative Prozess äußert sich in einem schnellen, für Außenstehende unübersichtlichen Tempo, in einem hochtechnisierten Umfeld. Dieses ist von definierten Routineabläufen mit hohen Anforderungen an Effektivität, Leistung und Präzision geprägt. Kinder haben in den vorbestimmten und schnellen Abläufen innerhalb dieses Prozesses kaum die Chance oder Möglichkeit, sich mit der Umgebung, Situation und dem Personal vertraut zu machen. Daraus können Unsicherheiten und abwehrendes oder zurückgezogenes Verhalten resultieren und die Zeit im OP-Bereich zu einem sehr prägenden Erlebnis für das Kind werden (Löf et al., 2019). Wenn Kinder in den Operationssaal kommen, erleben sie diverse unbekannte Reize und Faktoren. Sie können einen Kontrollverlust verspüren, in der fremden Umgebung auf Menschen treffen, die sie nicht kennen und im schlimmsten Fall unangenehmen oder sogar schmerzhaften Eingriffen in die persönliche Lebenswelt ausgesetzt sein (Sjöberg et al., 2015).

Als Prädiktoren für präoperative Angst lassen sich das Alter und die kognitiven Fähigkeiten des Kindes, das Temperament, frühere medizinische Erfahrungen, sowie die Einstellungen und das Auftreten der Personen um sie herum identifizieren. Daraus resultieren Manifestationen von größerer allgemeiner Angst, Unruhe und größeren Schmerzen, was den Analgetikaverbrauch in der frühen postoperativen Phase erhöhen kann. Auch können hierdurch negative Langzeitfolgen nach Kran-

kenhausentlassung wie Teilnahmslosigkeit, Wutausbrüche, Essstörungen, das eigene Leben betreffende Ängste, Trennungsangst, Schlafprobleme und Alpträume entstehen (Fortier et al., 2009; Löf et al., 2019). Viele junge Patient*innen erfahren in ihrer perioperativen Situation auch Stress, durch den Einfluss von Personal und Eltern auf sie, sowie deren Verhaltensweisen (Sjöberg et al., 2015). Dies in Kombination mit der Nichtbeteiligung an Entscheidungen kann dazu führen, dass Kinder Gefühle von Angst, Traurigkeit, Wut, Unruhe, Einsamkeit und das Gefühl, abgelehnt zu werden, entwickeln (ebd.). Operiert zu werden bedeutet für die jungen Patient*innen zudem, dass sie im Anschluss meist zur Kontrolle im Krankenhaus bleiben und dort eine gewisse Zeit verbringen müssen.

Kinder sind bereits früh in der Lage, Erinnerungen an Ereignisse sowie kontextuelle Details oder Gefühle aus ihrer ganz eigenen Perspektive wiederzugeben. Das sogenannte deklarative Gedächtnis, welches durch die Erinnerung an Informationen, Empfindungen oder Emotionen geprägt ist, entwickelt sich bereits im jungen Alter. Mit circa fünf Jahren behalten Kinder Erinnerungen an autobiografische Ereignisse. Schon jüngere Kinder können somit Erinnerungen an schmerzhaft und belastende Erfahrungen entwickeln. Besonders Erinnerungen an medizinische Eingriffe können ihre Unvoreingenommenheit und Reaktionen auf zukünftige medizinische Eingriffe oder Kontakte mit dem Gesundheitswesen beeinflussen (Hackmann, Haworth, Hong, Gillespie & Chorney, 2017). Bereits 2006 hat die Forscherin und Lektorin Imelda Coyne darauf verwiesen, dass die Forschung zur kindlichen Perspektive im Krankenhaus vorangetrieben werden muss, um den Bedürfnissen der jungen Patient*innen auf verschiedenen Ebenen gerecht werden zu können (Coyne, 2006a). Die Meinungen und Vorlieben der Heranwachsenden zu erfragen, ist zudem unerlässlich, wenn Dienstleistungen angeboten werden sollen, die auf ihre speziellen Bedürfnisse eingehen. Kinder sind durchaus in der Lage, neue Perspektiven und Ideen für die Erbringung von auf sie fokussierten Gesundheitsdienstleistungen einzubringen, weshalb ihre Meinung mehr Berücksichtigung finden sollte (Coyne & Kirwan, 2012). Es ist wichtig, diese Erfahrungen der Kinder mit dem Krankenhausaufenthalt in ihren eigenen Worten zu erfassen, da dies eine Orientierungshilfe bieten kann, um die Arten von Ereignissen zu antizipieren, die sie als stressig, belastend oder sogar als angenehm empfinden könnten (Coyne, 2006a).

Besonders den Mitarbeiter*innen der Anästhesie - ob pflegerischer- oder ärztlicherseits - kommt in der operativen Versorgung von Kindern eine bemerkenswert wichtige Aufgabe zu. Sie betreuen die Kinder ab dem Betreten des OP-Bereiches, sind bei ihnen, wenn Mama und Papa nicht weiter mitdürfen, wenn sie einschlafen und aufwachen. Sie beantworten letzte wichtige Fragen, stehen dem Kind in der besonders stressigen Phase des Operationsprozesses zur Seite. Damit vermitteln sie in dem für das Kind unbekannten Prozess eine gewisse Kontinuität. Dieses Dasein kann dem Kind helfen, eine Art Kontrolle zu erlangen, während sie dem Unbekannten ausgesetzt sind (Wennström et al., 2008). Bei medizinischer Versorgung muss, wie auch in anderen die Kinder betreffenden Bereichen, das Wohl und damit auch die Sichtweise des Kindes stets berücksichtigt werden. In einer Vielzahl von Studien wurden bereits Erfahrungen von Kindern im Krankenhaus untersucht. Jedoch wurden diese größtenteils aus sekundärer Perspektive der Eltern oder des medizinischen Fachpersonals geschildert. Es lässt sich jedoch eine Diskrepanz in der Literatur, welche den Fokus auf die eigenen, einzigartigen Erfahrungen und Erlebnisse der Kinder selbst legt, erkennen. Vor allem Erfahrungswerte darüber, anästhesiert zu werden, sind aus der Sicht sehr junger Menschen rar gesät.

Eine stetig zunehmende Zahl von Studien unterstreicht bereits die Wichtigkeit, Erfahrungen und Erlebnissen von Kindern im Krankenhaus mehr Aufmerksamkeit zukommen zu lassen (Coyne & Kirwan, 2012). Jedoch sind spezielle Bereiche wie die Anästhesie oder der Operationssaal bisher wenig zu dem Thema kindliche Perspektive untersucht und beleuchtet worden (Andersson et al., 2020; Fortier et al., 2009; Löff et al., 2019). Hieraus leitet sich ein besonderer Forschungsbedarf ab. Weiter wird es immer deutlicher, dass sich die Wahrnehmungen und Erfahrungen von Kindern von denen Erwachsener unterscheiden, sodass es nicht ausreicht, dass Erwachsene in Form von Eltern oder Gesundheitspersonal als Stellvertreter*innen für Kinder fungieren oder deren Sichtweise allein beurteilen können. Diese externe Sicht beruht häufig auf Bedingungen, Erfahrungen, Gefühlen und Handlungen der Kinder mit dem besten Interesse für das Kind. Die Perspektive des Kindes selbst kennzeichnet sich dadurch, was das Kind für wichtig hält, was es selbst erlebt hat und wie es Situationen versteht und verarbeitet. Um diese zu verstehen, muss eine Proxy-Perspektive durch den Erwachsenen eingenommen

werden. Diese bedeutet, dass Interesse an der Welt des Kindes gezeigt, ihm zugehört, seiner Perspektive eine Stimme gegeben und diese berücksichtigt wird (Löf et al., 2019).

Die Identifizierung der von Kindern gewünschten Informationen und die Beleuchtung ihrer Sichtweise und Erlebnisse ist von entscheidender Bedeutung für die Gestaltung präoperativer Vorbereitungsprogramme und für die Betreuung des Kindes während der perioperativen Prozesse. Obwohl gezeigt wurde, dass Kinder ihre Bedürfnisse für die Vorbereitung erkennen und zur Entwicklung von präoperativen Vorbereitungsprogrammen beitragen können, ist ihre Beteiligung an den Prozessen jedoch noch selten (ebd.). Um die pädiatrische perioperative Pflege weiter verbessern zu können, ist es folglich von Nöten, die Perspektiven und Erlebnisse von Kindern zu berücksichtigen, einzubeziehen und zu respektieren. Diese Schnittstelle beziehungsweise die Zeit in diesem besonders herausfordernden Bereich während des Krankenhausaufenthaltes von jungen Patient*innen weiter zu erforschen, zu evaluieren und aufzuarbeiten, ist für eine möglichst positive Erfahrung in einer höchstbedrohlichen Phase des Lebens eines Kindes von immenser Wichtigkeit (Löf et al., 2019). Darüber hinaus ein Verständnis dafür zu entwickeln, welche Erinnerungen Kinder vom Tag der Operation oder medizinischen Prozedur behalten und postoperativ wieder aufrufen können, ist von nennenswerter Relevanz, um zu identifizieren, wie man traumatische Ereignisse im Krankenhaus in der Biografie von Kindern reduzieren oder diesen begegnen kann (Hackmann et al., 2017). Jahre nach Publikationen, welche auf die Relevanz des Erlebens von Kindern im anästhesiologischen und operativen Setting verweisen (Andersson et al., 2020; Fortier et al., 2009; Löf et al., 2019; Sjöberg et al., 2015; Wennström et al., 2008), erscheint eine Untersuchung dessen als wichtiger Beitrag zur Erforschung und dem Begegnen der kindlichen Perspektive in diesem speziellen Bereich. Daraus können sich weitere Empfehlungen zur Optimierung der Möglichkeiten ergeben, die zu einer Erhöhung der Chancen auf ein positives Erlebnis in der Anästhesie beitragen können.

2.4. Kinder und Anästhesie - Stand der Forschung

Untersuchungen und medizinische wie auch pflegerische Interventionen lösen in Kindern teilweise Unbehagen in Bezug auf mögliche Schmerzen sowie Ungewissheit im Hinblick auf die Verfahren und das daraus resultierende Ergebnis aus. Besonders die Aussicht auf eine bevorstehende Operation kann Unsicherheiten und Ängste hervorrufen. Kinder und Jugendliche machen sich Gedanken darüber, wie sich ihr Körper beispielsweise optisch verändern könnte. Einhergehende Fehlinterpretationen aus ihren Vorstellungen verstärken solche Gefühle weiter. Auch die Umgebung bereitet den Kindern eine Reihe von Sorgen und Ängsten. Sie fühlen sich unwohl innerhalb des ungewohnten Bereiches und werden unter anderem durch die lauten Geräusche, die hellen Lichter und stickigen Räumlichkeiten eingeschüchtert. Kinder können sich daher aufgrund der unbekannten Umgebung stark unsicher fühlen und dahingehend auch teilweise unbegründet erscheinende Ängste vor Gewalt oder bedrohlichen Taten des Personals ihnen gegenüber entwickeln (Coyne & Conlon, 2007).

In diesem Setting fühlen sich die Kinder zudem häufig machtlos. Solche Gefühle werden durch die in vielen Bereichen vorhandene, technologisch fortgeschrittene Umgebung und unbekannte Personen verstärkt. Kinder finden sich hier in einem limitierten eigenen Entscheidungsspielraum wieder und streben nach mehr Kontrolle über die Situation. Besonders, wenn sie Angst empfinden, suchen Kinder nach etwas oder jemandem, das/der ihnen Halt gibt – wie zum Beispiel ihren Eltern (Andersson et al., 2020; Salmela et al., 2011). Das Beisein ihrer Eltern vermittelt Kindern das Gefühl, geschützt zu sein und gibt ihnen Sicherheit. Dies kann dafür sorgen, dass Ängste und Stress reduziert werden und pflegerische sowie medizinische Prozeduren ein besseres Outcome erreichen können (Andersson et al., 2022). Jedoch können Eltern je nach Einrichtung nicht bei allen Untersuchungen oder im OP-Saal bei der Narkoseeinleitung des Kindes, aufgrund hausinterner Richtlinien, anwesend sein. Die Trennung von den Eltern im OP-Bereich stellt eine besonders sensible Situation dar, in der die jungen Patient*innen scheinbar plötzlich auf sich allein gestellt sind und in die Obhut des Anästhesiepersonals, welches nun eine Schlüsselrolle als Ersatzbezugsperson einnimmt, übergeben werden. Die Anästhesiepflege, wie auch die Ärzt*innen müssen bis zur Wiedervereinigung mit

den Eltern die benötigte Sicherheit und den Schutz gewährleisten (ebd.). Pflegepersonen sind häufig die Berufsgruppe im Gesundheitswesen, welche die meiste Zeit mit den jungen Patient*innen, sowohl im OP, als auch außerhalb dessen verbringt. Auch während der Aufwachphase aus der Narkose sind sie stets in Reichweite und verantwortlich für das Kind, bis die Eltern wieder hinzukommen dürfen und darüber hinaus (Hackmann et al., 2017).

Kinder möchten weiters an einem sie betreffenden Prozess beteiligt sein und sich einbringen können. Dies kann jedoch nur gewährleistet und unterstützt werden, wenn sie mit ausreichend Informationen auf den Narkose- und OP-Prozess vorbereitet, offene Fragen zum prä-, intra- und postoperativen Ablauf aktiv beantwortet und detaillierte Informationen bereitgestellt werden. Darüber hinaus ist es für im perioperativen Prozess befindliche Kinder wichtig, dass eine auf sie gerichtete Interaktion stattfindet. Kinder möchten gehört werden, Entscheidungen - wenn auch nur kleinere – mit treffen und dem Gesundheitspersonal bei getätigten Aussagen vertrauen können. Studien zeigen jedoch, dass das Anästhesiepersonal im präoperativen Setting häufig nur zu kleinen Anteilen direkt mit den Kindern oder auch ihren Eltern kommuniziert und sich eher auf medizinische Themen bezieht, welche für die Kinder unverständlich sind (Andersson et al., 2022). Junge Patient*innen, welche den perioperativen Prozess erlebt haben, äußerten zudem, dass die Umgebung im OP-Saal oftmals eher mäßig den Bedürfnissen von Kindern angepasst ist und die Zeit, welche sie präoperativ bis zur Narkoseeinleitung erleben, unangenehme Gefühle in ihnen hervorruft. Sie wünschen sich eine altersgerechte Ablenkung vor wie auch nach der Narkose. Dabei ist besonders das Zusammenspiel der beteiligten Parteien (Personal, Eltern sowie Kinder) wichtig (Sjöberg et al., 2015). Erlebnisse im Zusammenhang mit einer Narkose oder Operation sind Schlüsselerfahrungen im Leben von Kindern, welche sie für kurze, jedoch auch lange Zeit nachhaltig beschäftigen können. Hierbei scheinen sich nach Lööf et al. (2019) besonders die Aufklärung, Vorbereitung, sowie die Interaktion mit Pflegepersonen oder Ärzt*innen als besondere Einflussfaktoren auf die Verarbeitung des Erlebten zu manifestieren.

Anästhesiert zu werden kann folglich eine stressvolle Erfahrung für Kinder darstellen. Über 60% der Kinder, welche sich einer Anästhesie unterzogen haben, berichteten von Ängsten und Furcht, knapp 20% sogar von einem hohen Grad von Angst (Andersson et al., 2020; Machotta, 2010; Wennström et al., 2008). Ablehnendes und unkooperatives Verhalten von Kindern während der Narkoseeinleitung ist daher vielfältig, multifaktoriell und nicht selten. Die fremde, ungewohnte Umgebung, Trennungsschmerz oder –angst von den Eltern, Schmerzen, Verlustängste hinsichtlich Kontrolle und Autonomie, sowie Ängste vor dem, was auf sie zukommt, lassen sich als Hauptgründe für dieses Verhalten nennen. Diese lösen eine für das Kind bedeutsame Stresssituation aus und können möglicherweise zur Verweigerung der Prozedur oder aggressivem Abwehrverhalten führen (Machotta, 2010). Besonders vor der Operation bei der Narkoseeinleitung sind sie häufig sehr ängstlich. Sie können hierbei sogar kämpferisch werden und sich wehren. Angst und eine mangelnde Kooperation während der Einleitung können mit schlechteren Ergebnissen sowie negativen Folgen in Verbindung gebracht werden. Diese können sich beispielsweise als verlängerter Zeitaufwand für die Narkoseeinleitung, vermehrtes Delirium beim Aufwachen aus der Narkose und vermehrte postoperative Schmerzen zeigen. Zudem wurden negative Verhaltensänderungen nach der Entlassung nach Hause, wie posttraumatischer Stress, Aversionen oder Phobien im Zusammenhang mit narkosespezifischem Equipment und größere Exposition des anästhesiologischen Personals gegenüber Narkosegasen festgestellt (Machotta, 2010; Winterberg et al., 2022).

Fokussierte Untersuchungen mit den Erfahrungen von Kindern selbst in Spezialbereichen wurden beispielsweise von Andersson und ihren Kolleg*innen im Jahr 2020 durchgeführt. Sie untersuchten in ihrer qualitativen Studie mit lebensweltlich-hermeneutischem Ansatz, wie Kinder es erleben, anästhesiert zu werden und welche Gefühle sie dabei retrospektiv verspürten. Dabei entdeckten sie vier zentrale Kategorien: Machtlos sein, nach Kontrolle streben, das Erleben einer ambivalenten Nachvollziehbarkeit und Sicherheit suchen. In jeder dieser Kategorien war Angst ein zentrales Phänomen und zeichnete sich als eine Kernemotion aus. Außerdem fanden auch sie heraus, dass Kinder einbezogen werden möchten. Sie wollen, dass sie in sie betreffende Themen inkludiert werden und sich beteiligen können. Dies kann die Angst vor anästhesiologischen Interventionen reduzieren. Auch die

Anwesenheit vertrauter Gesichter, wie die der Eltern, kann Kindern im Krankenhaus helfen, besser mit der gegenwärtigen Lage umzugehen und diese zu verstehen. Sie benötigen zudem ausreichend Raum, ihre Gefühle ausdrücken und von ihrer Sichtweise berichten zu können. Informationen altersgerecht bereitzustellen und sich die Zeit für die jungen Patient*innen zu nehmen, kann das Verständnis über die Situation verstärken und Sorgen und Ängste reduzieren (Andersson et al., 2020). Sjöberg und ihre Kolleg*innen (2015) fanden in ihrer qualitativen Studie in Schweden mit zehn Kindern zwischen acht und elf Jahren heraus, dass die Art der Informationen, welche die Kinder erhielten, deutliche Auswirkungen auf deren Erleben und Verhalten hatten. Zusätzlich nennen die Autor*innen vor allem die Interaktion mit den pflegerischen und medizinischen Fachkräften, die Umgebung sowie die Bedingungen im OP-Bereich als wesentliche Faktoren. Diese können die Erfahrung im Setting Anästhesie und OP positiv beziehungsweise negativ und somit die kooperative Teilnahme an der perioperativen Versorgung beeinflussen.

Wennström und ihre Kolleg*innen (2008) untersuchten in ihrer qualitativen Studie mit 20 Kindern zwischen sechs und neun Jahren in Schweden, was es für Kinder bedeutet, für eine ambulante Operation ins Krankenhaus zu kommen und wie sie den perioperativen Prozess erleben. Hierbei nutzten sie zur Erhebung vor allem Interviews sowie prä- und postoperative Zeichnungen der Kinder. Dabei fanden die Autorinnen heraus, dass das Hauptproblem für Kinder, die sich einer Narkose und Operation unterziehen, darin besteht, dass sie in eine unvorhersehbare und belastende Situation gezwungen werden. Kinder können nicht erahnen, was innerhalb des perioperativen Prozesses als nächstes auf sie zukommt. Sie wissen vor dem Operationsprozess häufig nicht, was sie erwartet und sie finden sich mit einer unbekannten Realität konfrontiert wieder. Ihre täglichen Routinen sind im Krankenhaus plötzlich gebrochen und sie entwickeln den Drang, die Kontrolle über die Situation zurückzugewinnen. Besonders während der Narkosephase erleben sie oft einen Kontrollverlust über die Gesamtsituation, versuchen jedoch auch teilweise in diesem fremden Ambiente trotz Angst und Schmerzen zu kooperieren und ein Verständnis für die Situation zu entwickeln. Postoperativ verspüren sie eine Erleichterung von dem Stressgefühl, sind stolz, dass sie es geschafft haben, es ihnen schon bald besser gehen kann und sie wieder Normalität in ihrem Leben erlangen. Die Forscherinnen beschreiben, dass ein perioperativer Dialog, in dem die Kinder

durch Erklärungen und Beantwortung ihrer Fragen begleitet werden, Stress reduzieren und sie vorbereiten und unterstützen kann, effektiver mit dem Unbekannten, das sie im Spital erwartet, umzugehen (Wennström et al., 2008).

Fortier und ihre Kolleg*innen (2009) erforschten in ihrer quantitativen Studie mit 143 Kindern zwischen sieben und 17 Jahren, am Tag der OP, welche perioperativen Informationen von den Kindern selbst gewünscht werden, um den Prozess, bestehend aus Anästhesie, OP und Genesungsphase, besser und nachhaltiger verstehen zu können. Sie fanden heraus, dass Kinder jeden Alters umfassende Informationen über ihre Operation, einschließlich der damit verbundenen Schmerzen, die Anästhesie, das Verfahren und mögliche Komplikationen, erhalten möchten. Zudem berichten die Autor*innen darüber, dass die präoperative Angst mit dem Verlangen nach verständlichen und ausreichenden Informationen korreliert. Besonders zum Thema Schmerz und der Umgebung hinsichtlich Anästhesie und OP wurde mehr Wissensvermittlung gewünscht.

Chorney und Kain (2009) stellten fest, dass die Narkoseeinleitung bei bis zu 40% von 293 untersuchten Kinder zu erheblichen Angstzuständen führte. Obwohl Narkosemittel die Gedächtniskonsolidierung beeinträchtigen, haben einige Kinder anekdotisch über beunruhigende Erinnerungen während der Narkoseeinleitung berichtet, wie beispielsweise das Gefühl zu fallen. Kinder drücken ihre Gefühle im Hinblick auf Stress in unterschiedlichen Weisen aus. Die Autor*innen beschreiben die fünf Stressverhaltensweisen Weinen, Schreien, nonverbaler Widerstand, verbaler Widerstand und negative Emotionen. Diese treten im Zusammenhang mit einer Narkose nennenswert häufig auf. 17% der in die Untersuchung eingeschlossenen Kinder zwischen zwei und zehn Jahren zeigten während der Anästhesie erhebliche Stresssymptome in Form von Fluchtversuchen, verbalem Protest, starkem Weinen und Schreien oder dem Verbalisieren von Angst und Traurigkeit. Non-verbale Resistenzen gegenüber der Prozedur konnten dabei am häufigsten beobachtet werden. Die Autor*innen unterscheiden zwischen zwei subjektiven Not- bzw. Stresssituationen bei Kindern während der Narkoseeinleitung, welche als akuter Distress und antizipatorischer Distress bezeichnet werden. Beim akuten Distress zeigen sich Verhaltensweisen, welche im Einleitungsprozess zunehmen

und beim Positionieren der Atemmaske ihren Höhepunkt erreichen. Der antizipatorische Distress äußert sich in Verhaltensweisen, die bereits bei der Ankündigung über den kommenden Einsatz der Maske auffällig werden. Hier lassen sich besonders die Verbalisierung negativer Emotionen oder Versuche, die Prozedur hinauszuzögern, beobachten.

Lööf und ihre Kolleg*innen (2019) untersuchten in ihrer interpretativen, qualitativen Studie in Stockholm, Schweden, welche Erfahrungen Kinder in den verschiedenen Phasen des perioperativen Prozesses machen und wie sie diese ausdrücken, mit dem Ziel die Perspektiven von Kindern in Bezug auf eine Anästhesie und OP zu untersuchen. Dabei führten sie mit Kindern verschiedenen Alters Interviews in drei Phasen. Diese fanden vor und nach der Operation im Krankenhaus, sowie einen Monat später bei den Kindern zu Hause statt. Dabei konnten zwei sich gegenüberstehende zentrale Kategorien ermittelt werden, welche als „Ängstlich im Zusammenhang mit Anästhesie und Operation“ und „Zuversichtlich im Zusammenhang mit Anästhesie und Operation“ deklariert wurden. Die Erfahrungen der Kinder mit Ängstlichkeit basieren nach den Autor*innen darauf, ob Besorgnis über die Situation sowie Zweifel und Bedenken bestehen, während sich die Erfahrungen der Kinder mit Zuversicht darauf stützen, ob sie mit der Situation zurechtkommen und ob sie die Situation begreifen. Dabei waren das Verständnis des perioperativen Verfahrens, die kontinuierliche Information und die Interaktion mit den Gesundheitsdienstleistern entscheidende Faktoren für die Äußerungen der Kinder über Zuversicht oder Ängstlichkeit. Ereignisse, die aus Sicht des Gesundheitspersonals als wichtig eingestuft werden, können für das Kind unwichtig sein, während Ereignisse, die von den Gesundheitsdienstleistern als weniger wichtig eingestuft werden, für das Kind hingegen von hoher Bedeutung sein können (Lööf et al., 2019).

Andersson und ihre Kolleg*innen (2022) erforschten in ihrer qualitativen Beobachtungsstudie mit 27 Observationen und hermeneutischem Ansatz, wie das Zusammenspiel zwischen Anästhesiepersonal, Kindern zwischen vier und 13 Jahren und ihren Eltern im OP-Saal während der Narkoseeinleitung stattfindet und abläuft. Sie fanden heraus, dass die Umgebung im OP-Bereich, sowie das Auftreten und Verhalten des Anästhesiepersonals maßgeblich die jungen Patient*innen in ihren Gefühlen und ihrem Erleben der Situation beeinflussen. Je präsenter und dem Kind

zugewandter sich das Personal gezeigt hat, desto selbstbewusster und offener wurden die Kinder innerhalb des Narkoseprozesses. Kinder im OP brauchen den Autor*innen zufolge vor allem Fürsorge und Unterstützung in einer ihnen verständlichen und auf sie abgestimmten Versorgung und Kommunikation. Die Sensibilität für die Bedürfnisse der Kinder stellt eine besondere Relevanz für eben diese dar. Oftmals liegt der Fokus von pflegerischem und ärztlichem Personal jedoch auf einer Ablauf-orientierten Versorgung und stellt nicht das Kind in das Zentrum des Interesses. Dies kann Ängste und Unsicherheiten der jungen Patient*innen verstärken und die Teilnahme am Geschehen beeinträchtigen. Die Bereitschaft des Personals zu emotionalem und sensiblem Engagement, Kommunikation auf Augenhöhe und der Schaffung einer fürsorgenden Umgebung zeigt sich als wichtige und mächtige Ressource, um Kindern den Aufenthalt im OP angenehmer, altersgerechter und vor allem weniger bedrohlich zu gestalten (Andersson et al., 2022).

Insbesondere die Zeit unmittelbar vor und während der Narkoseeinleitung wird von Kindern in Erinnerung behalten und kann von diesen auch postoperativ häufig sehr detailliert wiedergegeben werden (Hackmann et al., 2017). „Die Kenntnis der Ursachen und Risikofaktoren von Angst ist die Voraussetzung für Strategien, um stressfrei die Narkoseeinleitung bei Kindern durchzuführen“ (Machotta, 2010, S. 382). Hackmann und Kolleg*innen (2017) fanden in ihrer deskriptiven Kohortenstudie mit 34 Kindern, welche sich einer ambulanten OP in Narkose unterzogen, heraus, dass ungefähr 65% sich auch nach zwei Wochen akkurat an Details der präoperativen Phase erinnern können. Besonders an den Operationssaal konnten sich knapp 72% der Kinder detailliert erinnern. Zur präoperativen Holding bzw. zum präoperativen Wartebereich konnten 66% und bezüglich des Weges in den OP-Saal immerhin circa 56% genaue Angaben machen. Das Wiedergabevermögen der befragten Kinder zu kontextuellen Details korrelierte dabei mit dem Alter – je älter die Kinder waren, desto besser konnten sie Erinnerungen abrufen. Auch die Erinnerungen an ihre präoperative Angst und postoperativen Schmerzen waren nach zwei Wochen noch immer recht präsent abrufbar.

In der Erhebung von Bell und Kolleg*innen (2021) wurden in Australien postoperative Telefoninterviews mit 50 Kindern zwischen vier und dreizehn Jahren nach

einer elektiven Tonsillektomie geführt. Sie erhoben dabei den gesamten perioperativen Verlauf und die Erlebnisse der Kinder. Hinsichtlich der präoperativen Phase fanden die Forscher*innen heraus, dass mehr als die Hälfte der Kinder retrospektiv das Gefühl hatte, genügend Informationen erhalten zu haben. Die knapp 40% der Kinder, welche sich mehr Informationen gewünscht hätten, wären gern mehr über das Prozedere und Schmerzen aufgeklärt worden. Ein Drittel der befragten jungen Patient*innen empfanden den Anästhesieprozess als schlimmsten Teil des Geschehens, wobei sie die Atem- bzw. Narkosemaske und die Notwendigkeit eines venösen Zugangs besonders hervorhoben. Die Autor*innen berichteten auch, dass das Umgehen von negativen Suggestionen und das Nutzen von weniger befremdlichen Begriffen einen positiven Einfluss auf Gefühle von Angst oder Bedenken seitens der Kinder haben können. Möglichst viel Spaß und Freude für die Kinder zu vermitteln kann die Erfahrung, narkotisiert und operiert zu werden, ausgewogener gestalten (Bell, Dodd, Sommerfield, Sommerfield & von Ungern-Sternberg, 2021).

Auch die Studie von Heath und ihren Kolleg*innen (2023) untersuchte die perioperative Erfahrung von 109 Kindern zwischen vier und 16 Jahren mittels Telefonbefragung. Sie fokussierten dabei die Erfahrungen nach einer Notoperation bei Unterarmfraktur oder einer notoperationsbedürftigen Appendizitis. Die interviewten Kinder gaben an, dass besonders Schmerzen und Müdigkeit sie vor der OP belasteten und sie Sorgen und Ängste verspürten. Als positive Erfahrung wurde dabei das Personal hervorgehoben, welches sie präoperativ betreute und sie nannten die Umgebung und Technologie als wichtige Faktoren für ihre Anästhesie- und OP-Erfahrung. Die Informationen, welche die Kinder erhielten, waren für den Großteil ausreichend. Die Kinder, die sich zu wenig informiert fühlten, berichteten, dass ihnen zu wenig Wissen zur Anästhesie, dem Prozedere und der Genesungsdauer vermittelt wurde. Hinsichtlich ihrer Erfahrung mit der Anästhesie gaben die Kinder hauptsächlich an, dass ihnen besonders der Venenzugang, die Narkosemaske und der besondere Geruch dieser und das schnelle Einschlafen in Erinnerung geblieben sind (Heath, Bavich, Sommerfield & von Ungern-Sternberg, 2023).

Die präsentierte Literatur zeigt, dass das Erleben von Kindern hinsichtlich der präoperativen Phase eine besondere, einzigartige und stressvolle Erfahrung ist,

welche die jungen Patient*innen auch langfristig beschäftigen kann. Besonders Ängste und Sorgen prägen dabei ihr Erleben in dieser Phase. Kindgerechte Informationen, sowie das aktive Einbeziehen und Ansprechen der jungen Patient*innen durch pflegerisches Personal gelten als maßgeblich, um ihre präoperative Angst sowie die gesamte Erfahrung des perioperativen Prozesses positiv zu beeinflussen. Während sich die Gründe für die Ängste und Sorgen der Kinder vor einer Operation, sowie ihr Informationsbedarf und ihre Wünsche aus dem Forschungsstand entnehmen lassen, wurde die Sicht der Kinder auf ihr eigenes Einbezogen werden in der präoperativen Phase bisher noch nicht ausreichend beleuchtet.

2.5. Relevanz der Kinderperspektive

Das Modell der familienzentrierten Pflege ist heute als das Standardframework für die Pflege von Kindern weit verbreitet (Coyne, Hallström & Söderbäck, 2016). Hier wird das Kind als Teil des Systems Familie betrachtet, wobei die Eltern oder die Erziehungsberechtigten als Stellvertreter*innen der Familie verstärkt in den Fokus der Forschung und der Praxis geraten (Rasmussen, Water & Dickinson, 2017). Ein gesundes Funktionieren der Familie bezieht sich typischerweise auf ein Familiensystem, dessen Mitglieder sich gegenseitig unterstützen, in der Lage sind, Rollen auszuhandeln, die mit den durch Stressoren verursachten Veränderungen zusammenhängen und in der Lage sind, ihre mit dem Stressor verbundenen Gefühle zu verarbeiten. Ein optimales Funktionieren der Familie kann eine positive psychologische Anpassung an Stressoren, einschließlich Kinderkrankheiten, fördern (Nelson, Lachman, Li & Gold, 2019).

Die Konvention der Vereinten Nationen über die Rechte des Kindes (UN-Kinderrechtskonvention) bekräftigt die Grundwerte der Rechte des Kindes und definiert ein Kind als "jedes menschliche Wesen unter 18 Jahren, sofern die Volljährigkeit nach dem auf das Kind anwendbaren Recht nicht früher erreicht wird" (Vereinte Nationen, 1989, Art. 1). Es ist das fundamentale Recht eines jeden Kindes, dass es gehört wird und seine Meinung offenkundig mitteilen darf (Coyne & Kirwan, 2012). Sowohl Artikel 12 als auch Artikel 13 der UN-Kinderrechtskonvention betonen das Recht des Kindes auf Meinungsäußerung und das Recht auf Information. Obwohl ein Kind in der Lage ist, seine Bedürfnisse und Meinungen zu äußern,

werden Entscheidungen über die Behandlung im Gesundheitswesen in der Regel entweder von Fachleuten des Gesundheitswesens oder von diesen gemeinsam mit den Eltern getroffen (Bessell, 2011). Für einen stetigen Lern- und Anpassungsprozess in der Pflege sind die Aussagen von Patient*innen als eine relevante Quelle anzusehen. Um eine gelungene Entscheidungsfindung im Sinne von evidenzbasierter Pflege zu ermöglichen, stellen die Literatur und das Erfahrungswissen der Pflegenden eine wichtige Grundlage dar. Erfahrungen und Sichtweisen von Patient*innen können einen entscheidenden Beitrag zur Qualität der Pflege leisten (von Zepelin, 2017). Dahingegen stehen Erkenntnisse aus Literaturübersichten, die zeigen, dass nur sehr wenige Entscheidungen, die von Kindern und ihren Eltern abgelehnt wurden, von den Angehörigen der Gesundheitsberufe in der Folge auch neu überdacht wurden (Quaye et al., 2019).

In der Eltern-Kind-Beziehung, wie auch in der Pflege-Patient*innen-Beziehung, besteht ein asymmetrisches Machtverhältnis. Durch die Fokussierung des Gesundheitspersonals auf die Eltern, bilden die Erwachsenen eine Einheit und die Distanz zum Kind wird weiter vergrößert. Werden die Eltern als Adressat*innen der pädiatrischen Gesundheitsversorgung in den Mittelpunkt gestellt, so werden die Kinder als Teil der Familie objektiviert und ihre eigenen individuellen und subjektiven Ansichten, Einstellungen, Wünsche und Bedürfnisse außen vorgelassen (Coyne et al., 2016). So kann der familienzentrierte Ansatz dazu führen, dass Kinder nur begrenzt an Entscheidungsprozessen beteiligt werden. Elternansichten sind häufig die einzige Perspektive, die in Bezug auf die Krankenhauserfahrung beachtet wird. Die Kommunikation des Gesundheitspersonals ist somit oft nicht an die Bedürfnisse der Kinder angepasst, ihre eigenen Stimmen werden zu wenig gehört und ihre Fragen nicht ausreichend beantwortet (Rasmussen et al., 2017).

Kinder und ihre Eltern erleben und bewerten häufig dieselben Erfahrungen sehr unterschiedlich. Die Teilnahme des Kindes an der eigenen Gesundheitsversorgung entsprechend des familienzentrierten Pflegemodells unterscheidet sich dabei maßgeblich von der des Child Centred Care [CCC] Ansatzes (Coyne et al., 2016). Um die Erfahrungen von Kindern verstehen und ihr Recht auf die Teilnahme an ihrer Situation fördern zu können, muss die Sicht des Kindes ebenso wie die der Eltern erhoben werden (Rasmussen et al., 2017). Untersuchungen zeigen, dass

es Kindern wichtig ist, an Entscheidungen über ihre Gesundheitsversorgung teilhaben zu können und zu wissen, was im Zuge eines Krankenhausaufenthaltes auf sie zukommt. Wenn sie altersgerechte Informationen erhalten und in Pflegeprozesse einbezogen werden, fühlen sie sich besser vorbereitet und weniger ängstlich (Coyne et al., 2016). Die Berücksichtigung ihrer Ansichten und die Möglichkeit ihre Wünsche, Ängste und Bedürfnisse aktiv äußern zu können, steigert ihr Gefühl der Kontrolle und Selbstbestimmung über ihre Situation (Rasmussen et al., 2017). Wenn dies nicht erfüllt ist, entstehen Gefühle von Machtlosigkeit und Objektivierung. Untersuchungen mit Kindern zeigen zudem deutlich, dass sie selbst wertvolle Einblicke in die Art und Weise bieten können, wie Pflege entsprechend ihrer Bedürfnisse geleistet werden sollte (Coyne et al., 2016). Die Beachtung von den Erzählungen von Kindern zu ihrem Erleben stellt somit einen wichtigen Ansatz dar, um die Gesundheitsversorgung der Kinder verbessern zu können (Rasmussen et al., 2017). Beim CCC-Ansatz wird das Kind als eigenständige Persönlichkeit in die Kommunikation und Handlungen miteinbezogen und als gleichwertiges Mitglied neben Eltern und Gesundheitspersonal respektiert. Hierfür wird dem Kind und seinen Ansichten Beachtung und Freiraum geschenkt, aktiv zugehört und auf Äußerungen reagiert. Dies kann den Beziehungsaufbau zum Kind und dessen Selbstbestimmung fördern sowie das Vertrauen stärken (Coyne et al., 2016).

Fachkräfte im Gesundheitswesen, die sich auf Pädiatrie spezialisieren, müssen die Perspektive des Kindes einbeziehen und die Versorgung unter Einbeziehung der Schlüsselemente eines kindzentrierten Betreuungsansatzes planen, um die aktive Beteiligung der Kinder auf einer von diesen gewählten Ebene zu gewährleisten. Es besteht ein Bedarf an Bewusstseinsbildung, um den Fachkräften im Gesundheitswesen zu helfen, die aktive Teilnahme von Kindern an ihrer Betreuung und Entscheidungsfindung zu erleichtern (Quaye et al., 2019). In der Vergangenheit wurden zumeist die Ansichten von Eltern und medizinischem Fachpersonal über die Pflege und die Erfahrungen der Kinder eingeholt, anstatt die Perspektive des Kindes selbst einzunehmen. Bei hospitalisierten Kindern besteht die Gefahr, dass ihre Rechte übersehen oder missachtet werden, weil man sie für unreif hält oder sie nicht in der Lage zu sein vermögen, ihre Ansichten und Meinungen äußern zu können. Kinder sind jedoch durchaus in der Lage, neue Perspektiven und Ideen

für die Erbringung von Gesundheitsleistungen zu liefern, daher sollten ihre Ansichten eingeholt werden (Coyne & Kirwan, 2012). Diese Lücke zu schließen, könnte ein größeres Verständnis dieser Erfahrungen ermöglichen (Andersson et al., 2020). Der Einbezug von Kindern in ihre Gesundheitsversorgung kann viele Vorteile, wie ein besseres Situationsverständnis, eine geringere Wahrnehmung von Schmerzen, Gefühle der Wertschätzung, weniger Angst oder das Gefühl, auf das weitere Prozedere vorbereitet zu sein, mit sich bringen. Auch langfristige Vorteile wie Gefühle von mehr Kontrolle, eines gesteigerten Selbstwertes und einer aktiveren Teilhabe an Selbstpflegeprozessen können als Resultat erreicht werden (Coyne & Kirwan, 2012).

3. Forschungsziel und Forschungsfrage

Eine Reihe von Studien untersuchte die Erfahrungen und Erlebnisse von Kindern während der Anästhesie aus der Perspektive einer anderen Person, wie zum Beispiel der Eltern oder des Gesundheitspersonals (Andersson et al., 2020). In der Literatur besteht derzeit eine Lücke zu der direkten und einzigartigen Sichtweise und den Erfahrungen des Kindes selbst. Untersuchungen, die sich mit diesem Thema befassten, belegen hierbei die Bedürfnisse nach Information und Einbezug der Kinder sowie dessen Bedeutung für die präoperative Angst und ihr Erleben des perioperativen Prozesses. Das Ziel der geplanten Masterarbeit war es daher, zu erörtern, wie Kinder gegenwärtig in der präoperativen Phase in die Prozesse einbezogen werden und welche Bedeutung dies für sie hat. Die Sicht der Kinder selbst stand hierbei im Mittelpunkt. Um die Erfahrungen der jungen Patient*innen in dieser speziellen Situation zu beleuchten, wurden mithilfe verschiedener Erhebungsmethoden unterschiedliche Perspektiven beleuchtet. Eine Kombination aus mehreren Methoden ermöglicht es, ein besseres Verständnis darüber zu schaffen, wie Kinder die Zeit vor der eigenen Operation erleben und wie sie davon beeinflusst werden.

Hieraus wurde folgende Forschungsfrage formuliert:

Wie werden Kinder in den präoperativen Prozess involviert und welche Bedeutung hat dies für ihr Erleben der perioperativen Phase?

Die Beantwortung der Forschungsfrage erweitert das Verständnis dazu, wie ein Kind die Anästhesie erlebt und individuell bewertet. Dadurch können Anregungen und Ideen entstehen wie der perioperative Prozess möglichst altersentsprechend und kindgerecht gestaltet werden kann und welche Rollen das Personal für das Erleben der Kinder einnimmt. Das Wissen um die Bedeutung des Einbezuges von Kindern aus ihrer eigenen Sicht liefert wichtige Erkenntnisse zur Optimierung der anästhesiologischen Versorgung pädiatrischer Patient*innen. In weiterer Folge könnte möglichen negativen Komplikationen vorgebeugt und die Heranwachsenden in ihrer Rolle als junge Patient*innen unterstützt, ermutigt und bekräftigt werden. Aufschlüsse über die Gefühle, Gedanken und Bewertungen der Kinder über

ihre Teilhabe am präoperativen Prozess können vor allem auch dazu dienen, ihre präoperativen Ängste in Zukunft durch ein erweitertes Verständnis bestmöglich zu reduzieren.

Da die Anästhesiepflege als primäre Ansprech- und Begleitperson der Kinder in der präoperativen Phase gilt, lag das Ziel dieser Studie somit auch darin, die besondere Rolle der Berufsgruppe und ihre Bedeutung für die jungen Patient*innen zu schärfen. Das erweiterte Wissen über die Gefühle, Gedanken, Erlebnisse und Erfahrungen von Kindern selbst über die Zeit in der Obhut der Anästhesie soll auch dazu beitragen, die Pflege und die Versorgung weiter zu verbessern und zentrierter auf die Bedürfnisse von Kindern einzugehen sowie unangenehme Gefühle bei diesen zu reduzieren. Indem die Bedürfnisse der Kinder nach Einbezug und Ansprache spezifiziert werden, können die gewonnenen Ergebnisse in weiterer Folge die Basis dazu bieten, den Umgang mit anästhesie- und operationsbedürftigen Kindern weiter zu optimieren.

4. Methodik

Die Forschung mit und über Kinder zielt darauf ab, zu versuchen, ihre Perspektive einzunehmen und sie zu verstehen, um Einblicke in ihre Welt(-anschauung) zu erhalten und bestmöglich in ihrem Interesse handeln zu können (Mey, 2003). Besonders seit der UN-Kinderrechtskonvention 1989 liegt das Interesse vermehrt darauf, nicht über, sondern mit Kindern zu forschen. Sie sollten innerhalb dieser Forschung ermutigt und befähigt werden, ihre eigene Sichtweise auf Geschehnisse und Dinge um sie herum zu eröffnen und geltend zu machen (Vereinte Nationen, 1989). Damit dies gewährleistet werden konnte und um die Sicht der Kinder selbst begreifen zu können, wurden zwei verschiedene Perspektiven der Kinder eingenommen und miteinander in Verbindung gesetzt. So wurde einerseits das zu sehen versucht, was auch die Kinder präoperativ sehen und andererseits die direkte Sicht dieser selbst erhoben.

4.1. Forschungsansatz

In der qualitativen Forschung wird die gelebte Wirklichkeit als Produkt aus sozialen Interaktionen, Bedeutungen und Zusammenhängen verstanden und von allen gemeinsam hergestellt. Das subjektive Erleben und die einzigartige Sichtweise eines jeden Einzelnen bilden dabei eine eigene und reelle Wahrheit ab, wodurch eine Objektivierung der Dinge, niemals für alle gleich sein kann und somit stets unabhängig ist (Mayer, 2022). „Qualitative Forschung hat [...] das Ziel, ein Phänomen aus der Perspektive der Betroffenen zu erkunden, es ganzheitlich und von innen heraus zu verstehen und herauszufinden, welche Bedeutung es für die Beteiligten hat“ (ebd., S. 104). Im Fokus der Aufmerksamkeit steht hier das Verstehen von individuellen Erfahrungen, geistigen und sozialen Prozessen sowie menschlichem (Alltags-)Verhalten (ebd.). Sie „hat den Anspruch, Lebenswelten aus der Sicht der handelnden Akteure zu beschreiben, um auf Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale aufmerksam zu machen“ (Flick et al., 2004, zit. n. Nagl-Cupal, 2011, S. 41). Der qualitative Forschungsansatz bietet vielversprechende Möglichkeiten, um herauszufinden, wie Kinder das spezifische Umfeld des Operationssaals und der Narkoseeinleitung als Patient*innen erleben und wie sie ihre dortige Situation

empfinden (Andersson et al., 2020). Sie kann in der Forschung mit Kindern in verschiedenen Entwicklungsstadien eingesetzt werden, um einen Einblick in ihre Erfahrungen, ihr Verständnis und ihre Wahrnehmungen zu erhalten, indem ihre selbst ausgedrückten Ansichten gesammelt werden (Kortesluoma, Hentinen & Nikkonen, 2003). Das subjektive Erleben von Kindern zu beschreiben war das Ziel dieser Arbeit. Deshalb wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt, um den Einbezug von Kindern als eigenständige Personen vor einer Operation oder Untersuchung in Narkose zu erforschen.

„Ethnografen [sic] gehen und sehen in fremde Umfelder, dorthin, ‚where the action is‘ [...], wo es action gibt/wo etwas los ist. Dort ‚hängen sie rum‘, machen mit. Sie lassen sich nieder und ein, lassen sich mitnehmen und belehren“ (Dellwing & Prus, 2012, S. 9). Die ethnografische Forschung gehört zu den qualitativen Forschungsmethoden. Verwurzt in der Anthropologie möchte die Ethnografie Kulturen und ihre Mitglieder untersuchen bzw. darstellen. Herangehensweisen unterscheiden sich dabei je nach Kultur und Zielgruppe. Die ethnografische Forschung bietet sich an, um sowohl das kulturelle Bewusstsein zu verbessern als auch den Umgang mit einzelnen oder gewissen Gruppen tiefgreifender zu verstehen (Burns & Grove, 2005). Methoden der Datensammlung innerhalb ethnografischer Forschung können beispielsweise Interviews, Beobachtungen, Dokumentenanalysen sein oder sich aus Kombinationen dieser zusammensetzen. Besonders die teilnehmende Beobachtung in Kombination mit Interviews kann als klassische Datenerhebungsmethode innerhalb ethnografischer Forschung verstanden werden. Die Verbindung der beiden Methoden eröffnet die Möglichkeit, aus verschiedenen Perspektiven auf den Forschungsgegenstand zu blicken und diesen so umfassend beschreiben zu können. Die hierbei gesammelten Daten werden im Anschluss analysiert und interpretiert. Dabei steht insbesondere die Bedeutung von Verhaltensweisen und Interaktionen innerhalb einer (Sub-)Gruppe im Fokus (Fringer & Schrems, 2018). Pflegewissenschaftlich kann mit Hilfe der Ethnografie „die Kultur einer spezifischen Situation oder Abteilung untersucht werden“ (ebd., S. 82). Als ein Zweig der Ethnografie lässt sich die *interaktionistische Ethnografie*, in der es darum geht, eine Beobachtung sozialer Prozesse anzustellen und diese zu analysieren, anführen. Im Zentrum dieses Forschungszweiges steht nach Dellwing und Prus (2012)

die Interaktion zwischen Individuen. Ziel der ethnografischen Arbeit ist es zu erörtern, „in welcher aufwändiger Detailarbeit etwas [...] scheinbar Selbstverständliches geleistet wird“ (Dellwing & Prus, 2012, S. 13). Dies soll zwei Effekte mit sich bringen. Einerseits soll hierdurch Außenstehenden offengelegt werden, wie die in der Forschung fokussierte Praxis funktioniert. Andererseits soll den Teilnehmenden aufgezeigt werden, dass Teile der eigenen Handlungen, welche ihnen selbst unter Umständen verborgen bleiben, notwendig sind, damit diese Selbstverständlichkeiten erhalten werden können. Es geht bei einer solchen Forschung nicht darum, herauszufinden, warum eine Situation zustande kommt, also die Motivation für eine Handlung, sondern wie und wie in ihr gehandelt wird. Im Vordergrund stehen dementsprechend Interaktionen von Individuen und wie Handlungsprozesse gestaltet sind (ebd.).

„So eignet sich die Ethnografie immer bei der Exploration komplexer, mobiler und bisher weitgehend unerforschter Untersuchungsgegenstände, um die Eigenlogik von Praxis sichtbar zu machen“ (Mey & Schwentesius, 2019).

4.2. Methoden der Datenerhebung

Die, durch Offenheit und Nähe zum Forschungsfeld geprägten, qualitativen Datenerhebungsmethoden wurden herangezogen, um die Sichtweise von Kindern zu erörtern und ihnen eine Stimme zu geben. Zudem konnte so erforscht werden, welche Methoden und Vorgehensweisen vom perioperativen Personal genutzt werden, um die jungen Patient*innen zu adressieren und in ihren Gesundheitsprozess zu involvieren. Die Fähigkeit von Kindern, ihre Erlebnisse und Erfahrungen verbal zu präsentieren, kann je nach Entwicklungsstand und Alter variieren. Aus diesem Grund zeigt die Kindheitsforschung unterschiedliche Herangehensweisen auf, um Erhebungen mit Kindern durchzuführen. So können besonders Gedächtnishilfen wie Bilder, Gegenstände oder Bücher bei der Wiedergabe von Erinnerungen und Erlebnissen sie dabei unterstützen, in Interviews die für sie passenden Antworten geben zu können (Fuhs, 2012).

Um möglichst ganzheitlich zu verstehen, wie Kinder im präoperativen Prozess adressiert und involviert werden und welche Bedeutung dies für sie hat, wurde zur Datenerhebung eine methodeninterne Triangulation vorgenommen. Die offene,

teilnehmende Feldbeobachtung als die klassische Methode der qualitativen Forschung (Mayer, 2022) sowie der interaktionistischen Ethnografie (Dellwing & Prus, 2012) diene mir dazu, das Phänomen der präoperativen Phase mit besonderem Fokus auf den Einbezug der Kinder zu erfassen. Die Sichtweise und das Empfinden der Kinder sowie die Bedeutungen und ihre Bewertungen wurden anschließend postoperativ mithilfe von Sequenz-Interviews betrachtet. Unter Triangulation versteht man die „begründete Kombination von unterschiedlichen Daten, Methoden und Perspektiven“ (Mey & Schwentesius, 2019, S. 26). Ziele dabei sind „die Absicherung von Ergebnissen, die wechselseitige Überprüfung des methodischen Vorgehens oder die mehrperspektivische Erschließung eines Gegenstandsbereichs“ (ebd.). Die Triangulation aus Beobachtung und Interview lässt sich als eine begründete Methodenwahl innerhalb ethnografischer Studien benennen (Mayer, 2022; Mey & Schwentesius, 2019). Die Methoden zur Datenerhebung wurden bei der Auswertung als gleichwertig verstanden und auch so behandelt. So ergänzen sie sich auch miteinander, dass ein möglichst ganzheitliches Bild auf das zu untersuchende Phänomen entstehen konnte.

4.2.1. Teilnehmende Beobachtung

Um die Lebenswelt von Kindern in speziellen Situationen ganzheitlich zu erforschen, bietet sich die Methode der offenen und teilnehmenden Feldbeobachtung an. Die Beobachtung versteht sich als die Ursprungsform der Informationssammlung. Diese ist im wissenschaftlichen Sinne systematisch geplant und fokussiert einen Forschungszweck (Mayer, 2022). „Bei der teilnehmenden Beobachtung befindet sich die Forscherin selbst in der Situation, die sie beobachten möchte. Sie ist ein Teil davon [...]“ (ebd., S. 252). Dabei wird eine gewisse Nähe zu den Personen innerhalb des Geschehens möglich und eine Innenperspektive geschaffen. Abläufe sowie zeitliche, örtliche und personelle Gegebenheiten, welche für den Forschungsgegenstand relevant sind, können so für die forschende Person sichtbar werden. Darüber hinaus können so auch Kontextinformationen erfasst werden, um das beobachtete Phänomen umfassender zu visualisieren (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2009). Um eine vollständige Erfassung des Feldes zu erhalten, tritt die forschende Person offen und ohne vorgegebenes Schema an die Beobachtungs-

sequenz heran. Das Handlungsfeld, die Akteur*innen darin und die soziale Interaktion lassen sich so als Gesamtes beschreiben (Mayer, 2022). So „ermöglicht die permanente Ko-Präsenz der Forschenden im Alltag einen Zugang zu sozialen Phänomenen, die körpergebunden, performativ sowie non-verbal sind und situativ beobachtet werden können“ (Mey & Schwentesius, 2019, S. 20).

Bereits durch die vorherige Aufklärung der handelnden Akteur*innen sowie die Teilnahme an der Beobachtungssequenz selbst kommt es zu einer Beeinflussung der Situation. Das Wissen darum beobachtet zu werden, kann die interagierenden Personen in ihrem Verhalten manipulieren. Wenn die Beobachtungseinheit jedoch größer ist, sinkt die Wahrscheinlichkeit einer Veränderung im Verhalten. Dies ist zum Beispiel bei der Interaktion zwischen Personal und Patient*innen der Fall. Dennoch muss eine mögliche Beeinflussung der Situation durch die beobachtende Person immer bei der Auswertung miteinbezogen werden (Mayer, 2022).

Bei Beobachtungen empfiehlt es sich diese zwar offen, jedoch die Beobachtungseinheit mit Hilfe eines Leitfadens gezielt zu betrachten. Hier können Notizen anhand der sogenannten W-Fragen - Wer? Was? Wo? Wann? Wie? Warum? - eine schriftliche Sicherung der beigewohnten Sequenzen bereitstellen (Mayer, 2022). Diese ermöglichen „die Situation der Beobachteten (wie sieht sie für die Akteure aus?) möglichst deskriptiv, ‚naturalistisch‘, ‚wortgetreu‘ festzuhalten“ (Brüsemister, 2008, S. 82). Darüber hinaus werden zusätzlich theoretische und methodische Notizen gemacht. Diese dienen dazu, die Situation, wie sie sich der forschenden Person präsentiert, zu erfassen und das methodische Vorgehen der Beobachtung zu reflektieren. So können aus den Beobachtungseinheiten für die Auswertung verwertbare Aussagen getroffen und gleichzeitig die Gegenstandsangemessenheit sowie die intersubjektive Überprüfbarkeit sichergestellt werden. Auf die Beobachtungssequenz folgende, jedoch auch vorangegangene oder innerhalb dieser stattfindende Gespräche mit beteiligten oder den im Zentrum stehenden Personen können die Beobachtungsnotizen und die Perspektive auf das Phänomen weiter vervollständigen (ebd.).

Bei den vorgenommenen Beobachtungen im Rahmen der Datenerhebung lag ein besonderer Fokus darauf, welche Rolle die involvierten Personen spielten, inwieweit das Kind bzw. die Eltern angesprochen wurden und auf wen sich das Hauptaugenmerk zentriert hat.

4.2.2. Sequenz-Interview

Kinder besitzen die Fähigkeit, ihre Gefühle, Gedanken, Meinungen und Erfahrungswerte mitzuteilen. Sie können dies in einer bemerkenswerten Präzision und eignen sich daher bereits in jungem Alter für die Teilnahme an sie betreffenden Forschungsprozessen mittels Interviews. Die forschende Person muss hierbei die Art der Kommunikation des Kindes erkennen und entsprechend von Alter und Reifegrad die Befragung wie auch das Gespräch adaptieren (Coyne, 2006a; Kirk, 2007; Löff et al., 2019).

Interviews bieten sich aufgrund ihrer Nähe zu Alltagsgesprächen als passende Methode an, um Informationen zu sammeln (Vogl, 2021). Sie stützen sich grundsätzlich auf Erinnerungen. Es geht bei der Wahl der Interviewform entsprechend primär nicht um die Struktur, sondern darum, welche Art des Erinnerns an bestimmte Situationen und Erlebnisse fokussiert wird. Dementsprechend schlägt Fuhs (2012) verschiedene Interviewtypen vor, die sich an der Art des Erinnerns orientieren. Um zusammenhängende und nicht rein singuläre Handlungsketten aus naher Vergangenheit erschließen zu können, habe ich sogenannte Sequenz-Interviews durchgeführt. In dieser Interviewform werden größere und bestimmte Erinnerungsleistungen der Kinder erfordert, in denen die Kinder versuchen sollten, sich an die Zeit, die sie in anästhesiologischer Obhut verbracht haben, zu erinnern und diese zu beschreiben. „Interviews zu Situationsketten müssen sich nicht immer auf ganze Tage beziehen. Charakteristisch ist aber, dass die erinnerten Situationen zusammenhängen, das heißt, dass die erzählten Ereignisse nicht durch andere Ereignisse wie zum Beispiel Schlafen unterbrochen worden sind“ (Fuhs, 2012, S. 96). Zusätzlich finden hier, im Vergleich zum situationsnahen Interview, die Gespräche zeitlich und örtlich unabhängig vom erinnerten Phänomen statt (ebd.). Die Erfahrung der präoperativen Phase bis zum Einschlafen in Narkose ließ

sich auf diesen Informationen aufbauend passend mithilfe des sequenziellen Interviews erheben.

„Die Struktur der Interviews (von offen bis standardisiert) lässt sich als sekundäres Klassifizierungsmerkmal verstehen, das zu weiteren Varianten führt“ (Fuhs, 2012, S. 93). Für die vorliegende Arbeit wurde ein offenes, nicht standardisiertes Interview gewählt. Hierzu habe ich einen Interviewleitfaden erstellt, der die persönliche Sicht der Kinder zu ihrem Einbezogen-werden in den präoperativen Prozess fokussiert hat. Dieser diente als Orientierungsrahmen während der Interviews, unterstützte jedoch stets das freie Erzählen. So konnte eine gewisse Richtung für das Gesprächsthema vorgegeben, den erzählenden Kindern jedoch auch genügend narrativer Raum gegeben werden, um ihre Erlebnisse und Gedanken offen und frei schildern zu können (Witzel, 1985).

4.2.3. Feldzugang

Über mein Dienstverhältnis im Wiener Gesundheitsverbund [WiGeV] und diverse Instanzen innerhalb des angehörigen Klinikums konnte der Zugang zum Feld erfolgen. In einem Gespräch mit der Fachbereichsleitung für Fortbildungen und Forschungsprojekte und einem schriftlichen Antrag für Pflegeforschung, konnte ich eine Genehmigung zur Durchführung des Forschungsvorhabens durch die Pflegedirektion erzielen. Die ärztliche Abteilung wurde auf Seiten der Anästhesie sowohl von chefärztlicher Seite aus sowie seitens der Leitung der Abteilung für Kinderanästhesie, ebenfalls persönlich von mir über das Forschungsvorhaben informiert. Eine Zustimmung wurde in Folge erteilt. Anschließend wurden die Bereichsleitung Pflege für die Anästhesie- und Aufwachbereiche, die Stationsleitung des Anästhesie- und Aufwachbereiches sowie die Leitungen der kinderchirurgischen Stationen im Kinder-OP-Zentrum über die Studie informiert und das Vorhaben präsentiert. Auch die Pflegeberatung der Kinderkliniken wurde hinzugezogen und stellte den Kontakt zu den kinderbetreuenden Stationen her. Eine zusammenfassende Übersicht zur Studie, den Einschlusskriterien sowie meinen Kontaktdaten wurde in den genannten Bereichen zur Auslage verteilt. Das Leitungspersonal wurde gebeten, die Mitarbeiter*innen zu informieren. Diese haben freundlicherweise die Rekrutierung unterstützt und mich informiert, wenn Kinder aufgenommen wurden, welche

die Kriterien für einen Einschluss in die Studie erfüllten. Weiters konnte ich mir über den Plan für elektive Operationen regelmäßig einen Überblick verschaffen, wann Kinder, die für mein Forschungsvorhaben in Frage kommen könnten, ihren OP-Termin haben. Dank der Unterstützung der Stationen, des Prüfarztes der Studie und die genannte berufliche Tätigkeit im Spital konnte ich geeignete Studienteilnehmer*innen identifizieren und gewinnen.

4.2.4. Einschlusskriterien

Im Gegensatz zur quantitativen Forschung, in welcher zwecks möglichst großer Verallgemeiner- und Vergleichbarkeit der Ergebnisse, die Ein- und Ausschlusskriterien sehr detailliert und klar vorgegeben werden müssen, gilt in der qualitativen Forschung das Prinzip der Offenheit. Hierbei sind die Kriterien weniger streng definiert (Brüsemeister, 2008).

Die Zielgruppe der Untersuchung bildeten Kinder im Krankenhaus, welche sich während ihres Spitalaufenthaltes einer Operation oder Untersuchung in (Voll-)Narkose unterzogen. Die Erhebung fand in einem österreichischen Krankenhaus in verschiedenen OP-Bereichen sowie auf den Normalbettenstationen, wo die inkludierten Kinder postoperativ weiterbetreut wurden, statt. Höchste Priorität für einen Einschluss in die Studie hatte die informierte Zustimmung sowie das Einverständnis der Kinder und ihrer Eltern zur Teilnahme. „Befragte müssen in einem Interview parallel mehrere Aufgaben bewältigen. [...]. Für funktionierende Kommunikation sind gleichzeitig linguistische sowie kognitive und soziale Fähigkeiten notwendig. [...]. Interviewsituation [sic] sind also sehr komplexe Interaktionssituationen. Dies kann gerade für jüngere Kinder leicht überfordernd sein“ (Vogl, 2021, S. 143). Die Fähigkeit sich auszudrücken und zu verständigen sowie ihr Entwicklungsstand galten als entscheidend für die Einladung zur Teilnahme an der Studie. So war es von erheblicher Relevanz, dass die Kinder den Zweck dieser Erhebung, wie auch die gestellten Fragen verstanden haben und sich gezielt entsprechend dieser ausdrücken konnten. Daher war ein gewisser geistiger Entwicklungsstand eine Voraussetzung innerhalb der Zielgruppe, um Erlebnisse reflektieren zu können. Interviews mit Kindern zu ihren kindlichen Ansichten bieten sich erst dann an, wenn sie über ausreichende Fähigkeiten der Verbalisierung verfügen (Mey, 2003). Es empfiehlt

sich für Befragungen von Kindern ein Alter ab circa acht bis neun Jahren, da ab dieser Altersgrenze die Fähigkeiten zum Führen eines längeren, themenzentrierten Interviews mit hoher Wahrscheinlichkeit schon merklich ausgeprägt sind (Vogl, 2021). Hinsichtlich der teilnehmenden Beobachtung in der präoperativen Phase wird von Mey und Schwentesius (2019) darauf verwiesen, dass diese ab einem Alter von circa neun Jahren gut realisierbar ist und von den Kindern eher legitimiert wird als bei Jüngeren. So können sie die im Vorfeld kennengelernte, forschende Person in ihrer rein beobachtenden Position akzeptieren und den Abstand dieser zur Situation verstehen. Die Altersobergrenze habe ich auf 14 Jahre festgelegt. Ab diesem Alter wird in der Regel bereits von Jugendlichen und nicht mehr von Kindern gesprochen.

Für die Forschungsarbeit habe ich somit folgende Einschlusskriterien definiert: Kinder, welche sich zum Zeitpunkt der Erhebung in stationärer Behandlung im Krankenhaus befanden und im Rahmen ihres Aufenthaltes eine elektive Operation oder Untersuchung in Vollnarkose erhalten würden, die zwischen acht und 14 Jahren alt waren und über ausreichende Deutschkenntnisse, sowie Erzählkompetenzen hinsichtlich ihrer Gedanken, Erlebnisse und Gefühle verfügten und deren Eltern oder Erziehungsberechtigte, wie auch sie selbst als Personen der Teilnahme am Projekt zustimmten.

4.2.5. Darstellung der Studienteilnehmer*innen

Die Fallzahl beläuft sich in der qualitativen Forschung deutlich geringer als in der quantitativen. Sie wird auf theoretischen Überlegungen begründet, die sich aus den gesammelten Daten aus dem Forschungsfeld ergeben. Die Auswahl der Studienteilnehmer*innen erfolgte mittels eines Purposive Sampling vor dem Hintergrund einer Gelegenheitserhebung. Dabei werden diese gezielt rekrutiert. So soll ein ganzheitliches Bild des im Interesse stehenden Phänomens geschaffen werden (Campbell et al., 2020; Mayer, 2022). Bei der Rekrutierung habe ich darauf geachtet, die Zahl der Mädchen und Jungen gleich zu halten und unterschiedliche Altersgruppen für die Teilnahme zu gewinnen. So sollte eine größtmögliche Heterogenität erzielt werden.

Zur Beantwortung der Forschungsfrage habe ich insgesamt präoperativ zehn teilnehmende Beobachtungen sowie postoperativ zehn leitfadengestützte, semistrukturierte Interviews durchgeführt. Die Studienteilnehmer*innen waren zwischen neun und 14 Jahren alt. Ich konnte fünf Mädchen und fünf Jungen für die Teilnahme am Forschungsprojekt gewinnen. Zwei weitere Kinder konnten aufgrund des nicht gegebenen Einverständnisses der Eltern nicht eingeschlossen werden. Kein Kind, bei dem eine Zustimmung zur Teilnahme vorlag, musste während der Erhebung aufgrund von Entlassung, Komplikationen oder aus anderen Gründen ausgeschlossen werden. Neben der Notwendigkeit für eine Operation oder Untersuchung in Narkose war die Gruppe insgesamt sehr heterogen. Lediglich bei zwei Kindern wurden die Aufklärungsgespräche zur Anästhesie persönlich durchgeführt, wobei ein Kind zum Zeitpunkt der Aufklärung bereits schlief. Die restlichen Aufklärungen fanden telefonisch statt. Fünf der Kinder hatten bereits Vorerfahrungen mit Narkosen, für die anderen war es ihre erste Operation in Narkose. Die Fachgebiete, in welchen die Kinder operiert oder untersucht wurden, beliefen sich auf die Allgemeinchirurgie, Gastroenterologie, Gynäkologie, Neurochirurgie, Onkologie, Orthopädie und Thoraxchirurgie. Alle Kinder wurden entweder von ihrem Vater oder ihrer Mutter bis zur Trennung an der OP-Schleuse begleitet, außer ein Kind, welches beide Elternteile dabei hatte. Bei einem Kind durfte die Mutter bis zum Einschlafen mit in den OP-Saal. Während der Interviews waren die Eltern bei vier Kindern dauerhaft anwesend, bei den anderen verließen die Eltern in Absprache mit ihrem Kind während der Zeit des Interviews oder zeitweilig das Zimmer. Die nachfolgende *Tabelle 1* stellt die Studienteilnehmer*innen dar.

*Tabelle 1: Darstellung der Studienteilnehmer*innen*

#	Name	Alter in Jahren	Geschlecht	Begleitung Narkose/OP	Begleitung IV	Vorerfahrung Krankenhaus	Vorer- fahrung Narkose
1	Sophie	13	weiblich	Mutter + Vater	Vater	Nur als Besucherin	nein
2	Tom	14	männlich	Mutter	nein	Als Patient und Besucher	ja
3	Mike	11	männlich	Mutter	Mutter	Als Patient und Besucher	ja
4	Benno	9	männlich	Mutter	nein	Nur als Patient	ja
5	Toni	12	männlich	Mutter	nein	Als Patient und Besucher	ja
6	Mira	13	weiblich	Mutter	Mutter	Als Patientin und Besucherin	nein
7	Lucas	12	männlich	Vater	nein	Als Patient und Besucher	nein
8	Selma	12	weiblich	Mutter	nein	Als Patientin und Besucherin	ja
9	Clara	14	weiblich	Mutter	Mutter	nein	nein
10	Luisa	14	weiblich	Mutter	nein	Als Patientin und Besucherin	nein

4.2.6. Methodische Umsetzung

Gemeinsam mit dem Prüfarzt konnte ich die Kinder und ihre Eltern direkt im Rahmen der Aufnahme im Spital oder im direkten Anschluss an diese für eine mögliche Rekrutierung kontaktieren. Die Annäherung an die Kinder erfolgte immer nur im Beisein ihrer Eltern. Diese wurden gemeinsam von mir über das Forschungsvorhaben informiert und bei Bereitschaft zur Teilnahme die Zustimmung in schriftlicher Form, sowohl von Eltern als auch Kindern, eingeholt. Dabei wurde stets darauf geachtet, das Vorhaben und den Ablauf möglichst kindgerecht und verständlich zu erklären.

Bei den Beobachtungen lag mein Fokus darauf, möglichst wenig bis keinen Einfluss auf die beigewohnte Situation zu nehmen. Um den Kindern zu zeigen, dass ich da bin, wurden entweder kurze Begrüßungen oder Gestiken wie Lächeln und Winken gemacht. Nach Möglichkeit habe ich mich eher im Hintergrund platziert oder so, dass ich seitlich vom Geschehen positioniert war. Meine Körperposition war eine Kombination aus sitzend, stehend und gehend, je nachdem, welche Sub-

Phase (Warten im Aufwachraum [AWR], Einschleusen, Weg in den OP oder im OP-Saal) des präoperativen Prozesses gerade stattfand. Ich fertigte während der gesamten Sequenz Feldnotizen an. Wenn die Kinder oder die Eltern sich an mich wandten und mit mir sprachen oder Fragen stellten, ging ich auf diese ein. Sobald die Kinder im OP-Saal eingeschlafen waren, endeten die Beobachtungssequenzen und ich zog mich aus dem Saal zurück.

Im zweiten Teil der Datenerhebung fanden postoperativ Sequenz-Interviews statt. Bevor diese starteten, habe ich die jungen Patient*innen noch einmal über die Studie und ihre Rechte informiert und ihre Einwilligung erneut eingeholt. Wenn sie noch nicht bereit waren, wurde der Zeitpunkt des Interviews verschoben. Befragungen wurden ausschließlich durchgeführt, wenn das Kind sich dazu körperlich und psychisch bereitgeföhlt hat. Nachdem die Kinder zustimmten, setzte ich mich zu ihnen auf einen Stuhl und startete das Tonaufnahmegerät. Zu Beginn las ich einen vorbereiteten Einleitungstext vor, der mit einer offenen, erzählgenerierenden Frage zur Erinnerung an den Ablauf bis zum Einschlafen im OP schloss. Um weiter zum Erzählen anzuregen, habe ich zwischen den kindlichen Erzählsequenzen Aufrechterhaltungsfragen, spezifische Nachfragen oder weitere narrative Fragen gestellt. Wenn die Kinder einzelne Fragen weniger ausführlich beantworten konnten, wurden auch Bilder aus dem OP-Bereich als visuelle Erzählstimuli gezeigt.

Die Rekrutierungen und Datenerhebungen fanden im Juli und August 2023 statt. Die Dauer der präoperativen Beobachtungen betrug zwischen zwölf und 76 Minuten und im Durchschnitt circa 40 Minuten. Ich konnte auch zwei Aufklärungsgesprächen beiwohnen, welche zehn und 25 Minuten dauerten. Die gesamte Beobachtungszeit belief sich auf 438 Minuten. Die Interviews waren im Durchschnitt nach 18 Minuten abgeschlossen, wobei das kürzeste 11:20 Minuten und das längste Interview 29:20 Minuten dauerte. Insgesamt standen mir 181 Minuten Interviewzeit zur Auswertung zur Verfügung.

4.3. Datenaufbereitung

„Die teilnehmende Beobachtung und deren Verschriftlichung stellen eine zentrale [...] Erhebungsmethode der Ethnografie dar“ (Schulz, 2014, S. 227). Während der Beobachtungen wurden Beobachtungsnotizen gemacht. Diese unterstützen Forschende dabei, das Geschehen aus Sicht der Akteure möglichst naturalistisch zu beschreiben. So können Empirie und entstehende Interpretationen differenzierbar bleiben (Brüsemeister, 2008). Die Beobachtungsnotizen wurden unmittelbar an die Beobachtungssequenz anschließend ausführlicher in ein Beobachtungsprotokoll übertragen. Ziel dabei war es, die Beobachtungen möglichst detailliert auszuformulieren. Auch beobachtete Gespräche wurden möglichst wort- und handlungsgetreu in den Protokollen als Narration niedergeschrieben. Hierdurch sollte die erlebte Realität in einem Text im Sinne einer *talking ethnography* konstruiert werden (ebd.; Schulz, 2014). Die Notizen wurden durch Kontextinformationen ergänzt. Diese ergaben sich aus meinen bestehenden eigenen Feldkenntnissen, Informationen aus vorangegangenen Beobachtungen oder der Literatur (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2009).

Im Rahmen der Protokollierung der Beobachtungen habe ich auch theoretische und methodische Notizen angefertigt. Theoretische Notizen geben Aufschluss darüber, welche Bedeutung die jeweils beigewohnte Situation aus Sicht der forschenden Person für die Beantwortung der Forschungsfrage haben kann. Sie können dabei unterstützen, folgende Beobachtungssequenzen gezielter auf Gemeinsamkeiten hin zu untersuchen und Hypothesen zu entwickeln (Brüsemeister, 2008). Die methodischen Notizen regen die Forschenden dazu an, das eigene Vorgehen zu reflektieren und zu eruieren, welche Personen eine Schlüsselfunktion im Forschungsprozess einnehmen (ebd.; Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2009). Diese spielen eine wichtige Rolle für die intersubjektive Überprüfbarkeit und damit die Güte der Forschung, da hierbei offengelegt wird wie, was und wann beobachtet wurde, was gut und weniger gut verlaufen ist. Methodische Notizen können Aufschluss darüber geben, was in folgenden Beobachtungen angepasst werden sollte. Stattgefundene Interaktionen zwischen den Kindern, ihren Eltern und mir, konnten die Notizen weiter vervollständigen (Brüsemeister, 2008). Die Vorgehensweise wird in einem Auszug aus einem Beobachtungsprotokoll in *Tabelle 2* veranschaulicht.

Tabelle 2: Auszug Beobachtungsnotizen (angelehnt an Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2009, S. 63)

Ort, Zeit	Beobachtungen	Kontext-Informationen	Methodische Notizen und Rollen-Reflexionen	Theoretische Notizen
AWR, 7.00	Kind kommt im Bett liegend mit den Eltern hinter dem Bett und einem Mann, der das Bett schiebt, in den AWR gefahren. Sie werden vom AWR-Pfleger, der in Blau gekleidet ist, empfangen und angewiesen, an Position 10 zu fahren. Der Transporteur schiebt das Bett kopfseitig an die vom AWR-Pfleger genannte Position, steckt es an die Steckdose an und stellt es am Bremspedal fest. Die Bettgitter sind oben, außer an der linken Kopfseite vom Kind. Sie trägt ein Patient*innenhemd, hat die Haare offen und hat ein weißes Pat.ID.-Armband am linken Handgelenk. Ein weißer Verband ist um ihren linken Ellbogen gewickelt, darunter befindet sich ein venöser Zugang. Das Kopfteil ist um 60° hochgestellt. Die Eltern tragen weiße Mäntel vom KH über ihrer Alltagskleidung und nehmen auf zwei Stühlen links vom Kind direkt am Bett Platz, welche vom AWR-Pfl. bereitgestellt werden. Der AWR ist noch recht ruhig und in einem hellen Licht. Zwischendurch geht Personal durch den Raum und hantiert an Schränken, wo es raschelt. Der AWR-Pfl. kommt zum Kind ans Fußende des Bettes mit einem gelben Bogen und stellt sich nochmal bei allen 3 vor und erklärt, dass hier der Wartebereich für sie bis zur OP ist. Er hat noch ein paar Fragen und stellt diese direkt in Richtung Kind. Er fragt, ob sie nüchtern sei, Allergien hätte, zuckerkrank wäre und Seh- Hör- Bewegungseinschränkungen hat. Dabei macht er sich Notizen. Dann erzählt er in die Runde schauend, dass nach der OP die Eltern informiert werden und dann sofort in den AWR zurückkommen dürfen, um beim Aufwachen dabei zu sein. Er notiert sich die Handynummer des Vaters und weist darauf hin, dass sie auf ihren Handyempfang schauen müssen, da der nicht überall im KH gegeben ist. Er geht dann. Kind dreht sich zu Eltern hin auf die linke Seite und hat ihr Handy auch in der Hand und schaut ein wenig darauf. Dann redet sie mit den Eltern offen und plant, was sie nach dem KH so machen möchte – sie möchte gern mal wieder Sushi essen. Eltern fragen auch nach und ein ungezwungenes Gespräch läuft. Schmunzeln und Lächeln dabei auch viel und sind einander zugewandt, während sie mit Kind auf Augenhöhe sitzen. Manchmal nehmen sie auch die Hand vom Kind und streicheln sie. Gespräche auch über Schule, Lehrer und (Vereins-)Sport sowie auch über die Wunde nach der OP, dass man da noch etwas aufpassen muss. Die OP sei notwendig, um schlimmeres zu verhindern und Kind sich dadurch nicht wehtut. Eltern bekräftigen Kind, dass die OP gut wird und zeigen die Daumen und lächeln. Mutter lehnt stehend am Bett zu Kind hin und sagt „Du bist schon so groß! Bald wirst du zu groß für alles sein, auch im Verein.“ Kind schmunzelt. Gespräche zwischen Personal manchmal lauter, es kommen auch grün gekleidete zu den blaugekleideten dazu.	Mädchen, 13 Jahre Zu Beginn zwei weitere Kinder mit Eltern bzw. Mutter auf den hinteren Positionen links von Kind anwesend (ein Baby in Gitterbett und ein junges Kind in normalem Bett). Eltern sitzen auf Stühlen neben Kinds Bett. Stehen zwischendurch auf und stehen dann am Bett. Kurz nach Kind wird ein weiteres Mädchen rechts von ihr in den AWR geschoben. Pflegepersonen führen Aufnahmegespräche mit Kindern und Eltern und holen sich verschiedene Informationen ein. Später kommen Ärzt*innen in den Raum und sprechen auch nochmal mit den Kindern und Eltern, gefolgt von Pflegepersonen aus dem OP und der Anästhesie. Sie stellen sich vor und stellen noch ein paar Fragen an Kind. Mütter von anderen Kindern stehen an deren Betten und gehen zwischendurch am Bett ihres Kindes auf und ab. Immer wieder in verschiedenen Teilen des AWR Gespräche vom Personal (mal lauter, mal näher, mal mit anderen Kindern/Eltern)	Ich trage grüne OP-Kleidung, eine bunte Stoffhaube, Brille und habe ein Klemmbrett. Ich winke Kind und ihren Eltern einmal und stelle mich anfangs mit Sicht auf Kind fußseitig mit Abstand hin und wandere dann später in einen Gang schräg hinter Kind rechts von den Eltern im Abstand von 2m in Zwischengang. Nächstes Mal muss ich mich besser positionieren, um Gesagtes noch besser verstehen zu können. Evtl. neben das Bett setzen auf andere Seite oben am Kopf(?) Vater spricht mich im AWR auch an, ob ich alles, was sie sagen mitschreibe und ob ich dann nicht lieber näher ran kommen möchte.	Kind wirkt ruhig, zurückhaltend und entspannt. Kurz direkter Blickkontakt, erkennt mich vom Aufklärungsgespräch und lächelt kurz. Liegt sehr locker im Bett, zupft zwischendurch an ID-Armband, Fingern oder streift sich durch die Haare. Lächelt auch und macht ein paar Witze mit den Eltern daneben.

Die postoperativen Interviews habe ich mit dem Einverständnis von Kindern und Eltern aufgezeichnet. Anschließend wurden sie von mir zeitnah wörtlich in *Microsoft Word* transkribiert. Hierbei habe ich mich an den Transkriptionsregeln von Kallmeyer und Schütze (1976) orientiert. In *Abbildung 1* lässt sich ein Auszug eines solchen Transkriptes einsehen.

20 B: Also, ich hab ein bisschen Angst gehabt, weil ich hab eben nicht gewusst was passiert. Ehm,
21 es war auch ein bisschen langweilig, weil es hat ein bisschen lang gedauert so da liegen [im
22 AWR], aber ja ehm der Papa und die Mama waren eh da, also das war ok. Ehm, ja irgendwie
23 war ich auch glücklich, weil danach war es dann vorbei, aber ich hab auch ein bisschen Angst
24 vor den Schmerzen gehabt, ehm ja nervös war ich eben. Ja aber die Ärzte waren eh alle sehr
25 nett und die Schwestern auch. Ja das war eigentlich eh gut.

26 I: Das mit dem nervös sein, hab ich auch so ein wenig mitbekommen. Könntest du mir mal
27 beschreiben, an was du dich noch alles erinnern kannst, von dem Zeitpunkt an, wo du hier von
28 Station abgeholt wurdest bis zum Einschlafen im OP-Saal dann? Was ist alles passiert?

29 B: In der Früh um dreiviertel sechs haben sie mich aufgeweckt. Dann hab ich mir dieses Hemd
30 anziehen müssen und hab noch schnell was getrunken, weil es war eben eine Stunde davor darf
31 ich halt nichts mehr trinken. Ehm, ja dann hab ich mir auch noch die Zähne geputzt und dann
32 hat mich jemand runtergefahren mit dem Bett. Dann haben sie mich halt dahin [AWR] gestellt,
33 ja das war dann da halt ein bisschen langweilig. Ich wär irgendwie früher schon gern eingeschlä-
34 fert, ähm zur Narkose eben, weil dann kriegt man nicht so viel mit (lacht). Ähm ja, dann haben
35 sie mich dort rübergebracht [zur OP-Schleuse]. Das mit dem Förderband war eigentlich lustig.
36 Ähm, dann sind wir in diesen OP-Saal rübergefahren. Also das war schon ein bisschen gruselig
37 zwischen diesen ganzen Geräten, aber es war jetzt nicht so schlimm. Dann haben sie mir da so
38 eine Maske aufgesetzt und haben gesagt das ist so Luft, damit ich besser atmen kann.

Abbildung 1: Auszug Interview-Transkript

4.4. Umgang mit den Daten

Alle gesammelten Daten und Informationen, welche im Zusammenhang mit dem Forschungsprojekt stehen, habe ich ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke ausgewertet und weiterverarbeitet. Sowohl die Identität der teilnehmenden Kinder als auch die ihrer Eltern, bleibt zu jedem Zeitpunkt geschützt.

Die jeweiligen Einverständniserklärungen der Kinder und Eltern wurden in einen Ordner abgelegt und in einem absperzbaren Schrank, zu dem sonst niemand anderer Zugang hat, in meiner Privatwohnung aufbewahrt. Die präoperativen Beobachtungen wurden ausschließlich manuell auf Papier in Protokollform dokumentiert. Die Protokolle habe ich dann in *Microsoft Word* digitalisiert und in einem passwortgeschützten Ordner auf meinem Privatcomputer abgelegt. Die postoperativen

Interviews habe ich mit einem digitalen Tonaufnahmegerät aufgezeichnet und zusätzlich manuell Notizen gemacht. Die Audioaufnahmen habe ich im Anschluss zeitnah an die Interviews direkt vom Tonaufnahmegerät aus abgespielt und währenddessen in *Microsoft Word* mit Fokus auf die Semantik nach den Transkriptionsregeln von Kallmeyer und Schütze (1976) transkribiert. Die Tonaufnahmen habe ich im Anschluss an die Transkription unwiderruflich gelöscht. Alle Transkriptionen bzw. gesammelten Daten wurden auf meinem privaten und passwortgeschützten Computer mit zusätzlichem Ordnerpasswortschutz gesichert und aufbewahrt. Additiv ist die ganze Zeit über eine Firewall aktiviert. Die Volumenverschlüsselung *FileVault* verhindert darüber hinaus einen unautorisierten Zugriff auf die Daten. Der Computer befand sich zu jedem Zeitpunkt bei mir oder in einem abgesperrten Schrank. Das physische Analysematerial und die Einverständniserklärungen wurden an separaten, gesicherten Orten in absperrbaren Schränken aufbewahrt.

Sensible Daten wie Namen oder persönliche Informationen (sowohl von Teilnehmer*innen als auch von Angehörigen und Mitarbeitenden der einzelnen Bereiche) habe ich bei der Verschriftlichung abgeändert und unkenntlich gemacht bzw. in pseudonymisierter Form angegeben. Den einzelnen Materialien sowie der Teilnehmer*innen wurden hierfür auch ID-Codes zugeordnet. So lässt sich kein direkter Bezug auf die Beobachtungs- und Interviewteilnehmer*innen nehmen. Namen auf den Mitschriften, sowie in den Auswertungsmaterialien wurden direkt abgeändert und anonymisiert bzw. pseudonymisiert. Beobachtetes Personal wurde entweder mit *Personal* oder, sofern bekannt, der *spezifischen Berufsgruppe* beschrieben, sodass eine Rückführung auf die einzelnen Personen nicht mehr möglich ist. Die Ergebnisse meiner Forschung habe ich in anonymisierter Form im Rahmen der Masterarbeit präsentiert und veröffentlicht. Auch hier sind keine Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich.

Als Mitarbeiter des Gesundheitsverbundes, dem das Krankenhaus angehört, in welchem die Erhebungen stattgefunden haben, bin ich vertraglich sowie berufsethisch zur Verschwiegenheit und Wahrung der Anonymität verpflichtet. Die Gewährleistung dessen habe ich zudem im Informed Consent sowie Assent noch einmal durch meine Unterschrift gesichert und bestätigt.

4.5. Auswertung der Daten

Nach der Datenerhebung und -aufbereitung ist „[...] nur der erste Schritt getan, denn das erhobene Material muss einer sorgfältigen Auswertung unterzogen werden, um zu sinnvollen wissenschaftlichen Aussagen zu gelangen“ (Mayer, 2022, S. 278). Die Auswertung der aus den Beobachtungen und Interviews gesammelten Daten hat sich innerhalb einer interaktionistischen Ethnografie an der Grounded Theory [GT] Methodologie orientiert. Das zentrale Anliegen der Ethnografie ist es, „die Lebenswelt anderer Menschen aus ihrer Sichtweise zu verstehen“ (ebd., S. 437) und zu beschreiben. Dellwing und Prus (2012) verweisen hinsichtlich der Datenauswertung und -analyse innerhalb der interaktionistischen Ethnografie auf die reflexive Grounded Theory. Diese behandeln Breuer, Muckel und Dieris (2019) in ihrem Lehrbuch und beschreiben, dass die reflexive GT einen speziellen Fokus darauf legt, den subjektiven Blickwinkel des Forschungsprozesses zu beleuchten und ebenso erkenntnisproduktiv miteinzubeziehen. Hierbei steht die Person im Forschungsinteresse und bezieht auch die forschende Person mit ein. Sie beeinträchtigt somit nicht die Objektivität der Forschung, sondern wird für den erkenntnisproduktiven Nutzen hinzugezogen (Breuer et al., 2019). Auch sie weisen auf eine Triangulation von Daten aus teilnehmender Beobachtung und/oder Interviews hin (ebd.). Das Ziel der GT „ist es, erklärende Theorien für das menschliche Verhalten und für soziale Prozesse zu schaffen“ (Mayer, 2022, S. 440). Dabei wird eine Theorie aus empirischen Daten gebildet und ein nicht bekanntes Phänomen soll erklärt und beschrieben werden (ebd.). Sie eignet sich dazu, soziale Prozesse und Handlungen zu erklären. Da die Interaktion zwischen Kind und medizinischem Personal im Forschungsinteresse stand, konnte die GT als passender methodischer Ansatz zur Erhebung und Auswertung der Daten erkannt werden (ebd.).

„Die Grounded Theory lässt sich als die klassische, Theorien entdeckende qualitative Methode bezeichnen“ (Brüsemeister, 2008, S. 152). Die Feldnotizen aus den Beobachtungen und die Transkripte der Interviews wurden zuerst offen und im Anschluss axial kodiert. Aus diesen Codes wurden in weiterer Folge vor dem Hintergrund der Forschungsfrage relevante Kategorien abgeleitet und gebildet, sowie Phänomene identifiziert. Um eine konzeptuelle Ordnung zu erstellen und Dimen-

sionen und Kategorieneigenschaften zu entwickeln, wurden generative Fragen gestellt und Vergleiche gezogen. Diese Auswertungsschritte nach dem Kodierparadigma der GT zielen darauf ab, zentrale Phänomene zur Beantwortung der Forschungsfrage und relevante Inhalte dieser zu erfassen (Strauss & Corbin, 1996).

4.5.1. Offenes Kodieren

Im ersten Auswertungsschritt, dem offenen Kodieren, wird in die zu analysierenden Rohdaten eingetaucht, diese durch die Betrachtung aus unterschiedlichen Perspektiven aufgebrochen und den isolierten Textstellen Schlüsselbegriffe bzw. Codes zugeordnet. Die Codes werden dann auf Zusammenhänge untersucht und zu übergeordneten, abstrakteren Sinneinheiten bzw. Kategorien zusammengeführt (Strauss & Corbin, 1996). Die Daten aus den Erhebungen wurden in tabellarischer Form in *Microsoft Word* kodiert. Diese habe ich anschließend auf das virtuelle Whiteboard *Miro* übertragen und dann zu vorläufigen Kategorien weiter zusammengefasst. Das offene Codieren wird in *Tabelle 3* beispielhaft aufgezeigt.

Tabelle 3: Auszug Offenes Kodieren

Zitat	Code	Memo
„Also, dass ich da dann das Narkosemittel bekomme, wo manche gesagt haben, das ist Milch, weil es weiß ist. Und, dass ich nach ein paar Sekunden schon weg bin und dann nix mehr mitbekomm. Ahh und sie hat mich gefragt, ob ich so ein Eisspray oder sowas haben mag, damit das nicht so weh tut.“ (Int. 5, Z. 42-45)	▪ Erklärung mit Vergleichen ▪ Schnell einschlafen können ▪ Personal erklärt Ablauf ▪ Kind wird direkt gefragt ▪ Kind darf selbst entscheiden ▪ Erinnerung an Details ▪ Weniger Schmerzen ▪ Vorbereitung auf die Narkose/OP	Kind erinnert sich an vom Personal gemachte Vergleiche (Narkosemittel sieht aus wie Milch; Regionalanästhesie ist wie Eisspray). Kind wird einbezogen.

4.5.2. Axiales Kodieren

In diesem Kodierschritt werden die gebildeten Kategorien weiter zusammengefügt und miteinander in Verbindung gesetzt. Gebildete Zusammenhänge sollen aufzeigen, wie das Phänomen entsteht und dieses erklärt werden kann. Es bilden sich Schlüsselkategorien heraus, die sich aus möglichst vielen zusammenhängenden Daten bilden. Mit Hilfe des Kodierparadigmas der Grounded Theory können dann

die Ursache, der Kontext, Handlungen und Strategien, kausale und intervenierende Bedingungen sowie die Konsequenzen hinsichtlich des zentralen Phänomens in Verbindung gesetzt werden (Mayer, 2022). Aus der nennenswerten Anzahl von Kategorien aus dem offenen Kodieren habe ich diese weiter verbunden und anschließend in das Kodierparadigma eingefügt. Auch dieser Schritt wurde mit dem virtuellen Whiteboard *Miro* umgesetzt (siehe *Abbildung 2*).

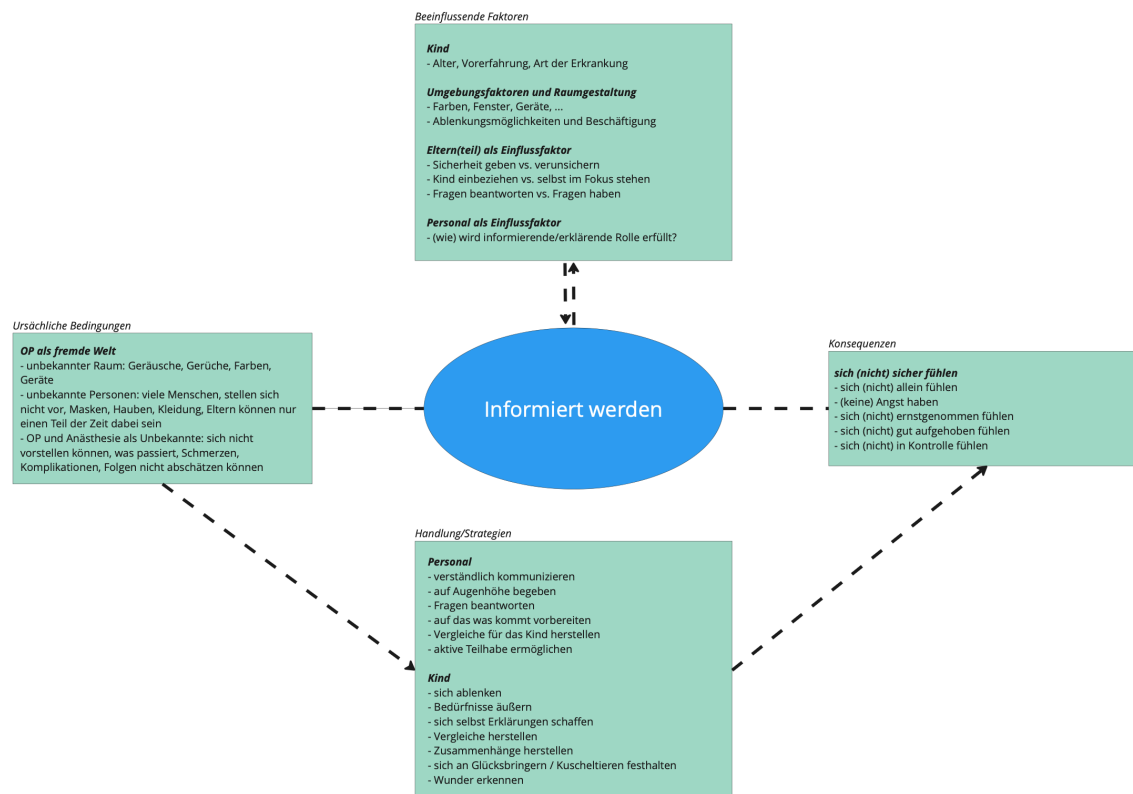


Abbildung 2: Darstellung des Kodierparadigmas anhand des Phänomens "Informiert werden"

4.6. Gütekriterien qualitativer Forschung

„Wissenschaftliche Begriffe, Theorien und Methoden sind dann als angemessen zu bezeichnen, wenn sie dem Erkenntnisziel des Forschers und den empirischen Gegebenheiten gerecht werden. Unter der Güte sozialwissenschaftlicher Theorien, Methoden und Begriffe soll der Grad ihrer Angemessenheit an die empirische Realität und an das Erkenntnisziel des Forschers verstanden werden.“ (Lamnek, 2005, S. 147 zit. n. Mayer, 2022, S. 119)

Um die Qualität in der qualitativen Forschung zu sichern und Vertrauen in die Daten herzustellen, bedarf es Gütekriterien. Diese beziehen sich weitestgehend auf die Datenerhebungsmethode. Sie leiten sich aus Überlegungen des qualitativen Forschungsansatzes ab (Mayring, 2016). Mayring (2016) beschreibt sechs Gütekriterien, die im deutschsprachigen Raum häufiger Anwendung finden und auf verschiedene qualitative Methoden anwendbar sind. Diese setzen sich aus der Verfahrensdokumentation, Regelgeleitetheit, argumentativen Interpretationsabsicherung, Nähe zum Gegenstand, kommunikativen Validierung sowie der Triangulation zusammen. Diese wurden bei der vorliegenden Forschungsarbeit näher betrachtet und herangezogen.

4.6.1. Verfahrensdokumentation

Eine genaue Dokumentation dessen, mit welchem Verfahren die Ergebnisse gewonnen werden, spielt eine entscheidende Rolle. Dabei müssen die Merkmale, welche die im Zentrum des Interesses stehende Gruppe besitzt, klar beschrieben werden. Auch die Wahl der Methode zur Erforschung des Phänomens und wie damit Daten ausgewertet und Ergebnisse generiert werden können, gehört in die Beschreibung des Verfahrens (Mayring, 2016). Deshalb wurde bei der Dokumentation des Forschungsprozesses darauf geachtet, diese möglichst nachvollziehbar und genau zu gestalten.

4.6.2. Regelgeleitetheit

Auch wenn in der qualitativen Forschung mit Offenheit an das Feld herantreten wird, ist dennoch vorher festgelegten Verhaltensregeln nachzugehen. Diese können adaptiert werden, müssen in der Folge jedoch nachvollziehbar dokumentiert werden (Mayring, 2016). Innerhalb der Grounded Theory werden Auswertungsschritte vorgelegt, welche als Regeln mit einem System zu verstehen sind.

4.6.3. Argumentative Interpretationssicherung

Ergebnisse in der qualitativen Forschung sind immer als Interpretation zu verstehen. Daher können sie nicht aussagekräftig bewiesen werden. Gesammelte Daten müssen auf Gemeinsamkeiten oder Unterschiede geprüft und verglichen werden,

um sie abzusichern (Mayring, 2016). Die hier präsentierten Ergebnisse werden aus diesem Grund mit Zitaten oder Beobachtungssequenzen unterstützt und zur Argumentation herangezogen. Zudem werden, mittels der Grounded Theory als gewählte Auswertungsmethode, die Aussagen und Beobachtungseinheiten sinngemäß zusammengeführt.

4.6.4. Nähe zum Gegenstand

Unter der Nähe zum Gegenstand ist das Aufsuchen und Abbilden der Lebenswelt von Betroffenen zu verstehen. Innerhalb des direkten Forschungsfeldes wird erforscht, wie sie sich in eben diesem verhalten und interagieren. Dort kann das größte Potenzial für einen Erkenntnisgewinn erwartet werden (Mayring, 2016). Die Gegenstandsnahe wurde in der Studie dadurch erreicht, dass die Teilnehmer*innen von Beginn an die gesamte präoperative Phase, also ab ihrem Eintreffen im OP-Wartebereich bis hin zum Einschlafen im OP-Saal, begleitet wurden. Im Anschluss wurde ihnen dann postoperativ die Möglichkeit gegeben, ihre Erfahrungen in den Befragungen zu replizieren.

4.6.5. Kommunikative Validierung

Innerhalb der kommunikativen Validierung sollen die Erkenntnisse der Studie vor einer Veröffentlichung zuerst den Erforschten präsentiert werden, sodass sie getätigte Aussagen validieren und bei Bedarf korrigieren können (Mayring, 2016). Im Rahmen der Masterarbeit fand eine kommunikative Validierung mit den beforschten Kindern nicht statt. Es hätten hierfür weitere Kinder, welche die perioperative Phase kennengelernt haben, für die Diskussion der Ergebnisse rekrutiert werden müssen. Eine Nachrekrutierung mit weiteren Kindern wurde nicht durchgeführt, auch wenn dies die Güte der Ergebnisse steigern würde. Lediglich gesammelte Aussagen der ersten Teilnehmer*innen wurden in die Interviews mit den folgenden Kindern aufgenommen und besprochen. Zudem konnte ich die in den präoperativen Beobachtungen gesammelten Daten postoperativ mit in die Interviews nehmen und diese dort von den Kindern jeweils bestätigt oder richtiggestellt werden, was einer teilweisen kommunikativen Validierung nahekommt.

4.6.6. Triangulation

Bei der Triangulation ist die Verknüpfung von Methoden miteinander gemeint. Ziel dabei ist, dass verschiedene Erkenntnismöglichkeiten und andere Blickwinkel miteinander kombiniert und in Bezug zueinander gesetzt werden (Mayring, 2016). In der vorliegenden Masterarbeit habe ich zwei unterschiedliche Methoden gewählt und in Beziehung gesetzt. So konnten verschiedene Perspektiven eingenommen werden. Diese Vorgehensweise und die Verknüpfung von Methoden werden auch innerhalb der interaktionistischen Ethnografie empfohlen. So soll das zu erforschende Phänomen möglichst ganzheitlich abgebildet und erhobene Daten gegenseitig ergänzt werden (Burns & Grove, 2005; Dellwing & Prus, 2012; Mey & Schwentesius, 2019).

4.7. Ethische Aspekte

„Wie für alle qualitative Forschung gilt auch für die Qualitative Interviewforschung mit Kindern grundsätzlich das Gebot der Offenheit und eine ethische Orientierung am Schutz der Persönlichkeitsrechte der Erforschten und eine grundlegende Akzeptanz der erzählten Erfahrungen und Einstellungen“ (Fuhs, 2012, S. 83). Kinder sind aufgrund des bestehenden Abhängigkeitsverhältnisses und daher, dass sie nur bedingt für die eigenen Interessen eintreten können, als vulnerable Gruppe zu verstehen (Bartholomeyczik & Schrems, 2018). Durch die rechtliche Sicht, dass Kinder als nicht zustimmungsfähige Personen zu verstehen sind, nehmen die ethischen Aspekte innerhalb der Forschung eine besondere Rolle ein (Körtner, 2017).

Kinder sind aus rechtlicher Sicht nicht mündige beziehungsweise nicht entscheidungsfähige Personen, welche deshalb noch nicht allein für sich entscheiden können und dürfen, ob sie an einer Studie teilnehmen möchten. Wenn Kinder oder Minderjährige in eine Forschung einbezogen werden, sind in der Regel sowohl die Zustimmung des Kindes oder Minderjährigen, als auch die Erlaubnis seiner/ihrer Eltern erforderlich (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2021). Vor diesem Hintergrund wurde das Gespräch mit den Kindern erst gesucht, nachdem ihre Eltern das Einverständnis zur Teilnahme gegeben haben. Den Kindern wurden dann in altersgerechter Sprache das genaue Forschungsvorhaben und das Ziel dessen vorgestellt.

Willigten die Eltern und die Kinder mündlich zur Teilnahme ein, wurde den Kindern ein *Informed Assent* (Zustimmung) und den Eltern ein *Informed Consent* (Erlaubnis) in schriftlicher Form ausgehändigt. Diese müssen die gleichen Informationen widerspiegeln, jedoch für die jeweilige Personengruppe auch vollkommen verständlich und nachvollziehbar sein (ebd.). Letzterer beinhaltet ein ausführliches Informationsschreiben, das den Ablauf und das Ziel der Forschung offenlegt, sowie eine Erklärung zu den Rechten, welche mit der Teilnahme verbunden sind. Darüber hinaus werden dort Angaben zur Freiwilligkeit und zum Datenschutz aufgeführt. Für die Kinder wurden zwei Versionen eines Informed Assent erstellt und je nach Alter (acht bis zehn oder elf bis vierzehn Jahre) an die Kinder ausgeteilt. Dieser beinhaltet die gleichen Informationen wie der Informed Consent, nur in deutlich kürzerer Form und altersgerechter Sprache. Am Ende beider Dokumente bestätigten die Kinder bzw. ihre Eltern die Zustimmung zur Studienteilnahme, und dass sie die gegebenen Informationen erhalten und verstanden haben, sowie keine Fragen offengeblieben sind, durch ihre Unterschrift. Beide Dokumente wurden Kindern und Eltern auch in Kopie für die persönlichen Unterlagen ausgehändigt. Kurz bevor die einzelnen Erhebungseinheiten (Beobachtung bzw. Interview) starteten und seit der Aufklärung ausreichend Zeit zum Überdenken der Teilnahme für Kinder und Eltern bestand, wurden sie mündlich erneut über Vorhaben und Ziel informiert sowie gefragt, ob sie der Partizipation weiterhin zustimmten. Sie erhielten auch die Information, dass bei Unklarheiten jederzeit nachgefragt werden konnte. Nur nach erneuter Zustimmung wurde die Datenerhebung aufgenommen.

Eine Teilnahme an einer Forschung hat stets auf Freiwilligkeit der Teilnehmer*innen zu beruhen (Bartholomeyczik & Schrems, 2018). Die partizipierenden Kinder, aber auch die Erziehungsberechtigten, hatten stets und zu jedem Zeitpunkt die Möglichkeit, ohne Angabe von Gründen, die Teilnahme abubrechen und die Verwendung der gesammelten Informationen bis zur Verschriftlichung der Ergebnisse zu verweigern, ohne dass ein Nachteil für sie im Verlauf der Behandlung besteht. Es wurde während der Aufklärung, sowohl mündlich als auch schriftlich, klargestellt, dass keinerlei negative Konsequenzen für die Teilnehmenden daraus entstehen würden.

Die Wahrung und Gewährleistung ihrer Anonymität ist ein weiteres Recht der Teilnehmer*innen (Körtner, 2017). Persönliche Daten und die Identitäten von Kindern, Eltern und Personal innerhalb der Beobachtungen, blieben zu jedem Zeitpunkt geschützt und anonym. Solange die Daten innerhalb der Erhebung eine Rolle spielten, wurden sie nicht an Dritte weitergereicht und an einem sicheren Ort aufbewahrt. Nach Abschluss der Forschung wurden persönliche Daten und Audioaufzeichnungen komplett vernichtet. Persönliche sowie erhobene Daten und die Notizen aus den Beobachtungssituationen wurden bereits bei der Transkription pseudonymisiert, um sicherzustellen, dass keine Rückführung auf die Personen möglich ist. Identifikationsmerkmale wie Namen wurden mit willkürlichen Pseudonymen verändert. Lediglich Geschlecht und Alter wurden beibehalten. Auf das geführte Pseudonymisierungsprotokoll habe lediglich ich Zugriff. Die Datenschutzerklärung wurde sowohl im Informed Assent bzw. Consent durch meine Unterschrift sowie durch meinen Berufsethos bestätigt.

Der Schutz der Teilnehmer*innen vor möglichen psychischen und physischen Schäden hat oberste Priorität (ebd.). Zwischen den Studienteilnehmer*innen und mir als Forschendem bestand zu keinem Zeitpunkt ein Abhängigkeitsverhältnis in der Behandlung. Ebenso waren durch die Forschung keine gesundheitlichen Risiken gegeben. Auch am Genesungsprozess beteiligtes Personal wurde im Vorfeld informiert, um mit der Forschung die Therapie, beispielsweise zeitlich, nicht zu behindern. Daher war nicht davon auszugehen, dass jemandem geschadet wurde. Es war stets zu beachten, dass sich die Kinder präoperativ in einer herausfordernden Situation befanden und sich postoperativ womöglich noch unwohl fühlten, was eine besondere Sensibilität erforderte. Es bestand bei allen Beteiligten in den Interviews stets die Möglichkeit das Gespräch zu pausieren, zu beenden oder Fachpersonal hinzuzuholen, wenn dies gewünscht oder erforderlich war.

Additiv zu den ethischen Überlegungen, wurde das Forschungsvorhaben der Ethikkommission der Medizinischen Universität Wien vorgelegt. Hier wurde begutachtet, ob Rechte, Integrität sowie Wohlbefinden der Teilnehmer*innen nach den Prinzipien einer *good clinical practice* rechtmäßig geschützt werden. Durch das Votum mit der EK-Nummer 1311/2023 wurde am 16. Juni 2023 der Beschluss gefasst, dass keine ethischen Einwände zur Durchführung der Studie bestehen.

5. Ergebnisse

Fünf Mädchen und fünf Jungen zwischen neun und vierzehn Jahren haben im Rahmen ihres Spitalsaufenthaltes in einem österreichischen Krankenhaus an der Studie teilgenommen. Diese wurden jeweils präoperativ ab ihrer Zeit im Aufwach- bzw. Wartebereich bis zum Einschlafen im OP-Saal begleitet und teilnehmend beobachtet. Postoperativ wurden Einzelinterviews mit jenen Kindern geführt. Zur Auswertung der erhobenen Daten wurde das Kodierparadigma der Grounded Theory herangezogen. Hierbei konnten vier Ergebniskategorien identifiziert werden, die Aufschluss darüber geben, wie Kinder im präoperativen Prozess als eigenständige Person involviert werden und welchen Einfluss dies auf ihr Erleben der perioperativen Phase hat. **In einer fremden Welt** werden die Kinder durch das Personal **informiert**, **begleitet** und **gestärkt**, sodass sie sich sicher und nicht allein fühlen, weniger Angst haben und Vertrauen gewinnen, dass alles gut wird. Diese Kategorien stehen in einer Wechselwirkung zueinander und bedingen sich gegenseitig. Bevor die Ergebnisse weiter vertieft werden, werden zunächst die ursächlichen Bedingungen, Handlungen und Strategien, Konsequenzen und die einflussnehmenden Faktoren der gebildeten Kernkategorien gemäß der Auswertungsschritten der Grounded Theory aufgezeigt. Diese werden auch graphisch in *Abbildung 3* dargestellt.

Kinder finden sich im OP-Bereich in einer fremden Welt wieder. Dies lässt sich in den Kategorien gemeinsam als ursächliche Bedingung erkennen. Unbekannte Räumlichkeiten und die hiesige Ausstattung, fremde Personen in Gestalt des Personals in Zusammenhang mit einer notwendigen Trennung von den Eltern, sowie das wenig bekannte Prozedere Anästhesie und Operation selbst sind Faktoren, welche die Kinder im OP-Bereich erwarten. Die Handlungsmöglichkeiten innerhalb der fremden Welt der jungen Patient*innen sind auf Ablenkung, Äußerung der eigenen Bedürfnisse, Schaffen eigener Erklärungen, Vergleiche und Zusammenhänge sowie sich an Vertrautem festzuhalten, beschränkt. Das dort arbeitende Personal kann hier ansetzen und über eine verständliche Sprache auf Augenhöhe Fragen beantworten, Vergleiche herstellen und auf das Kommende vorbereiten, sodass die Kinder einordnen können, was passiert. Das Personal begleitet, indem es die Kommunikation mit und für das Kind gewährleistet, präsent und aufmerksam

ist und so gemeinsam die Situation bewältigt werden kann. Humor, Traumreisen, das Teilen von Erinnerungsstücken sowie das Schaffen von Ablenkungsmöglichkeiten sind weitere Strategien, um eine positivere Atmosphäre im OP-Bereich zu schaffen und ihr Vertrauen zu gewinnen.

Räumliche Strukturen und kindgerechte Beschäftigungsmöglichkeiten wurden als beeinflussende Faktoren identifiziert. Zudem nimmt das Personal in der Ausführung der jeweiligen Rolle einen maßgeblichen Einfluss auf die Situation. Doch auch Vorerfahrungen der Kinder sowie die Beteiligung ihrer Eltern am Geschehen nehmen Einfluss auf ihr Erleben.

Werden die Kinder durch das Personal informiert, begleitet und gestärkt, fühlen sie sich im perioperativen Prozess adressiert, ernst genommen und gut aufgehoben. Ein Gefühl von Kontrolle und Teilhabe, weniger Angst und Vertrauen, dass alles gut wird, sind die Folge.

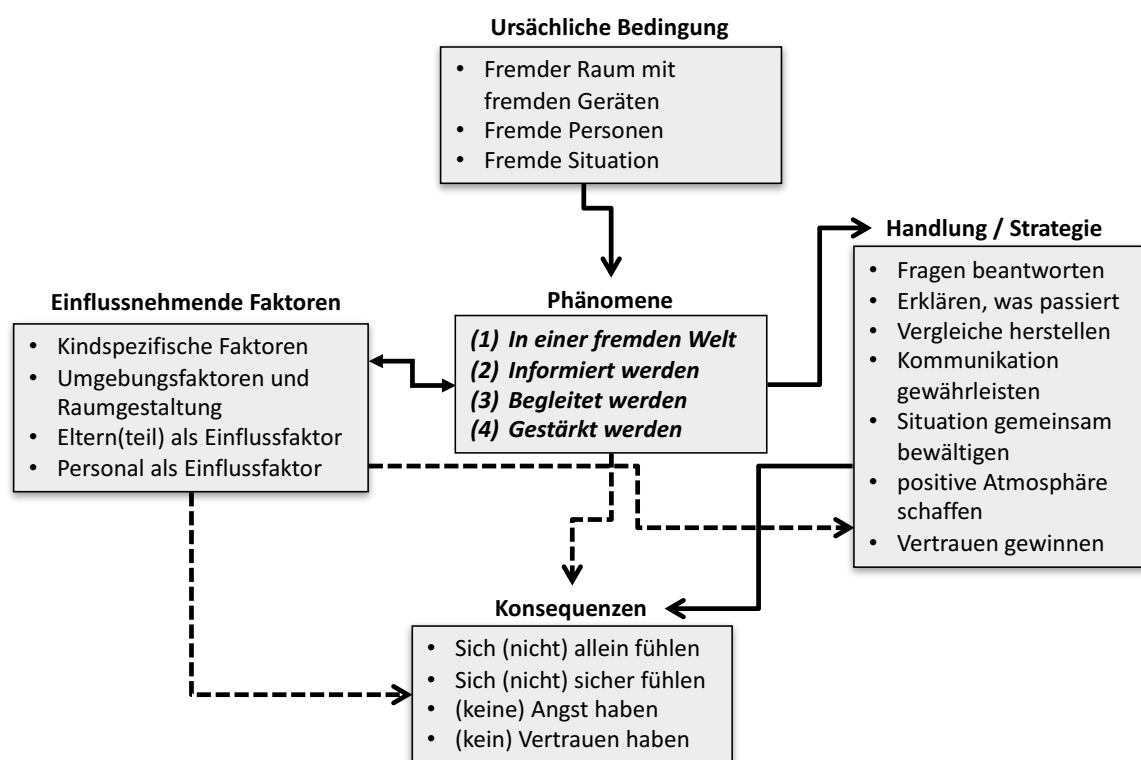


Abbildung 3: Darstellung der Ergebnisse anhand des Kodierparadigmas (orientiert an Strauss & Corbin, 1996)

5.1. In einer fremden Welt

Ein Krankenhausaufenthalt stellt für Kinder häufig eine nennenswerte Herausforderung dar. Zusätzlich noch eine Operation zu erhalten, ist im doppelten Sinne ein einschneidendes Erlebnis für die jungen Patient*innen. Kinder finden sich im OP-Saal in einer fremden Welt wieder. Sie befinden sich in ihnen unbekannten Räumlichkeiten mit fremden Geräten und unbekannten Personen und erleben Situationen, die sie nur schwer einschätzen und verstehen können. Nicht zu wissen und nicht zu verstehen, was warum und wie um sie herum passiert, und die Aussicht auf mögliche Schmerzen schüren bei den Kindern Ängste und Nervosität.

„Also, ich hab ein bisschen Angst gehabt, weil ich hab eben nicht gewusst was passiert. [...] ich hab auch ein bisschen Angst vor den Schmerzen gehabt, ehm ja nervös war ich eben“. (Sophie, 13 Jahre)

5.1.1. Fremder Raum mit fremden Geräten

Der OP-Bereich unterscheidet sich räumlich von den Stationszimmern, in denen die Kinder üblicherweise ihre Zeit im Krankenhaus verbringen. Die Raumgestaltung nimmt dabei einen erheblichen Einfluss auf die Kinder. Wand- und Bodenfarben, die Ausstattung sowie architektonische Details wie Fenster oder die Raumaufteilung werden von Kindern wahrgenommen und beeinflussen sie in ihrem Erleben. Sie haben das Gefühl, nicht dorthin zu gehören und sind um die eigene Sicherheit besorgt.

„Der [Raum] war irgendwie, der hat sich voll steril angefühlt und ausgesehen. Und, dass man irgendwie auch, ich möchte jetzt nicht böse sein, aber dass man irgendwie halt sich auch panisch fühlt in irgendeinem Raum, wo man sich nicht sicher ist, ähm, sein sollte bzw. nicht sein sollte, aber sich nicht sicher fühlt [...] also mich haben diese Farben vom Raum, ähm, halt sehr, sehr panisch angesprochen und halt ich hab mich da nicht so gut gefühlt, bei diesen Farben, wie der Raum so aussah.“ (Benno, 9 Jahre)

Der OP-Bereich ist hochtechnisiert und beherbergt in jedem Abschnitt für die Kinder teils spannende, teils unbegreifliche, jedoch auch teilweise angsteinflößende Ausstattung. Besonders der OP-Saal ist mit verschiedenen, für die Narkose und

den Eingriff erforderlichen Geräten ausgestattet, die die Kinder aus ihrem Alltag, aber auch von der Station her nicht kennen. Sich wiederzufinden im fremden Raum, umgeben von fremden Geräten, wurde von den Kindern als unbehagliches Gefühl beschrieben.

„Also das war schon ein bisschen gruselig zwischen diesen ganzen Geräten.“ (Sophie, 13 Jahre)

Kommen die Kinder in den unbekannten Raum, schauen sie sich genau an, wo sie sind und prägen sich diverse Details ein. Die technische Ausstattung im Raum wurde von den Kindern sehr genau und strukturiert beschrieben. Den eigenen Fokus auf die Umgebung zu richten, bietet für die Kinder eine Möglichkeit, sich von der fremden Situation abzulenken.

„Es waren ein paar Monitore da, die Lichter halt ganz oben, zum Schauen wahrscheinlich, also ich hab jetzt die Sonde nicht gesehen, die sie verwendet haben. Ich hab Monitore gesehen, ich hab sowas ähnliches gesehen [dreht sich um und zeigt auf Infusionsständer im Zimmer]. Ja und halt die Maske dann auch für das Einschlafen.“ (Tom, 14 Jahre)

Die Kinder versuchen sich selbst Erklärungen für die ihnen unbekannten Gegenstände zu schaffen. Hierbei können jedoch auch bedrohlich wirkende Erklärungen entstehen, die Unsicherheiten weiter verstärken können.

„[...] halt zum Beispiel da oben, war halt irgendwas mit Licht und Lampen und so. Das sah halt nicht wie eine Lampe aus, aber es war halt irgendwie so ein Laser oder so. Aber ich bin mir nicht sicher.“ (Lucas, 12 Jahre)

Besonders Equipment, das an ihren Körpern Anwendung findet, kann bei den Kindern Angst auslösen, wenn sich diese die Funktion nicht richtig erklären können.

„Danach haben sie mich auf ein anderes Bett draufgegeben und dann sind wir damit in den Operationssaal losgefahren. Dort gabs dann viele Geräte und sehr viele Lichter und die waren ausgelassen. [...] Die haben mir dann aber auch noch so ein Atemdings gegeben. Davor hatte ich Angst. Weil

am Anfang hat man zu mir gesagt, dass irgendwas mit der Lunge passieren kann und wenn was Schlimmes ist, dann geben sie mir das und ich hatte Angst, dass das passieren kann.“ (Mike, 11 Jahre)

5.1.2. Fremde Personen

Im Operations- und Wartebereich treffen Kinder vor ihrem Eingriff auf eine Vielzahl unterschiedlicher Berufsgruppen, den dazugehörigen Personen sowie anderen Patient*innen. Arbeitsabläufe haben dort eine eigene Dynamik, die für Außenstehende unübersichtlich und nicht immer greifbar wirken können. Das Personal trägt aufgrund der möglichst hohen Sterilität und Hygiene Masken und Hauben und die Personen sind so schwieriger zu identifizieren. Ein Teil des Personals bleibt den Kindern völlig unbekannt, da sich nicht das gesamte Team beim Kind vorstellt. Die Kinder wissen, dass es jetzt ernst wird und wirklich losgeht und können sich von den vielen Menschen überfordert fühlen.

„Es war ein komisches Gefühl. Es waren halt so viele Ärzte. Ich hab noch nie so viele Ärzte auf einmal gesehen. Und es war halt so komisch irgendwie. [...] weil da sind so, also da auf der Seite so drei, da sind so vier, da einer, dort einer. Das war einfach viel zu viel für mich.“ (Lucas, 12 Jahre)

Besonders den Eltern oder Bezugspersonen kommt in einem so speziellen Setting voller unbekannter Menschen eine besondere Bedeutung zu. Sie begleiten die Kinder als vertraute Personen, solange es geht, durch den Prozess und weichen nicht von ihrer Seite. Ihre Anwesenheit hat auf die Kinder eine beruhigende Wirkung.

„Mike und seine Mutter sind allein, sie reden, sie gibt ihm einen Kuss, sie erzählt etwas und sie lachen, spielen mit Ballon, gegenseitig gegen die Stirn. Sie elektrisiert ihm mit Ballon die Haare und beide lachen.“ (Mike, 11 Jahre, Beob.)

Eltern zeigen sich im Prozess als relevante Vertrauens- und Sicherheitsquelle für ihre Kinder und tragen somit einen nennenswerten Teil zum Gesamterlebnis *Anästhesie und OP* bei. Die Kinder bestätigten die Wichtigkeit der Anwesenheit ihrer Eltern in den Interviews.

„Und ich hab meiner Mutter und dem Arzt die ganze Zeit zugesehen und das hat mich irgendwie beruhigt.“ (Mike, 11 Jahre)

Auf dem Weg in den OP müssen die Kinder dann vom Bett auf den OP-Tisch wechseln und werden auch dabei von verschiedenem Personal in den Saal begleitet. Während dieser Phase müssen sie sich jedoch von ihren Eltern verabschieden.

„[...] dann durfte natürlich im OP-Saal nicht mehr meine Mama dabei sein. Dann hab ich mich schon bissi unsicherer gefühlt.“ (Benno, 9 Jahre)

Im sterilen OP-Bereich finden sich die Kinder allein inmitten einer Vielzahl ihnen unbekannter Personen wieder. Das einzige Kind bzw. „das einzige Mädchen“ (Selma, 12 Jahre) unter Erwachsenen zu sein, löste bei den jungen Patient*innen ein Gefühl der Einsamkeit aus und verstärkte ihre Unsicherheit. In dieser Situation kommt dem Personal eine besondere Bedeutung und Rolle zu. In Abwesenheit der Eltern ist es alleinig für das Kind verantwortlich und agiert vertretungsweise als Vertrauensperson.

5.1.3. Fremde Situation

Neben dem fremden Raum mit fremden Geräten und fremden Personen löst auch und vor allem die fremde Situation, in Narkose gesetzt und operiert zu werden, Angst bei den Kindern aus. Die schwindenden Sinne wie Sehen und Hören, die Schwierigkeit einen klaren Gedanken fassen zu können und das Gefühl, nicht genau zu wissen und zu verstehen, was mit ihnen geschieht oder was gemacht wird, führt zu Stress und Überforderung.

„Ähm, dann haben sie mir noch irgendwas gespritzt, ich weiß nicht, was das war also eh darein in diesen Dings [venöser Zugang] und dann war Narkose. [...] Und es waren so diese zehn Sekunden, bevor ich eingeschlafen bin, also das war eigentlich, ich war irgendwie, ich hab irgendwie Angst gehabt, weil ich hab nicht gewusst was passiert und dann, ähm, hab ich alles so mehr und mehr verschwommen gesehen.“ (Sophie, 13 Jahre)

Die Narkoseeinleitung ist ein kritischer Moment, in dem Kinder versuchen, sich sehr ausgeprägt auf ihre Sinne zu konzentrieren. Sie versuchen, Geschehnisse

und Gefühle miteinander in Verbindung zu setzen und empfinden Frustration, wenn ihnen dies nur unzureichend gelingt.

„Dass da, wo ich diese Sauerstoffmaske bekommen habe, dass da auf einmal mein Arm irgendwie weh getan hat. Also es hat begonnen so richtig so langsam so immer dieser Schmerz immer stärker zu werden so. Und das hat mich ein bisschen geärgert.“ (Lucas, 12 Jahre)

Einige Kinder beschreiben, dass Erfahrungen aus vorherigen Narkosen und Operationen helfen können, mit der Situation umzugehen und das Prozedere besser verstehen.

„Es kommt ja sicher auch auf die Person drauf an, ob die das schon mal gemacht hat oder nicht.“ (Luisa, 14 Jahre)

Doch auch jene Kinder, welche bereits mit einer Vorerfahrung hinsichtlich Narkose und Operation in den OP-Saal kamen, waren trotz und auch durch das Wissen, was passieren würde, aufgeregt und angespannt.

„Also, ähm, ich war sehr nervös. Und, ähm, da ich ja schon wusste, was alles so passieren wird, davor, war ich halt noch nervöser und irgendwie hatte ich auch Hunger, weil ich ja nüchtern sein musste und ja. Das war halt einfach ein bisschen komisch. Obwohl ich das eh schon weiß. Aber ja.“ (Selma, 12 Jahre)

In Narkose gesetzt zu werden ist für die Kinder ein Erlebnis, das sie kaum beschreiben können. Das Einschlafen im OP-Saal unterscheidet sich für sie aus nicht-erklärbaren Gründen vom Einschlafen zu Hause in ihrem eigenen Bett.

„[...] weil ich wollte einfach nur noch mehr schlafen und ich wollte auch früher schon schlafen, bevor ich in diese Narkose gesetzt werde, weil irgendwie ist es, wenn ich in Narkose gesetzt werde, dann hab ich immer so komisches Gefühl, wenn ich diese Narkose ähm kriege. Also im Endeffekt ist es eigentlich ein normales Gefühl, aber irgendwie fühle ich mich da irgendwie so komisch dabei.“ (Benno, 9 Jahre)

Eine Operation bekommen zu müssen und sich in dem perioperativen Prozess wiederzufinden, löst eine Reihe von Gefühlen und Emotionen aus und hinterlässt zum Teil auch nach der Operation eine negative Stimmung.

„Ich würde nicht gern nochmal dorthin gehen und die sehen, weil es einfach nur schlimm ist, wenn man operiert wird.“ (Selma, 12 Jahre)

5.2. Informiert werden

Als Patient*in im Krankenhaus zu sein und darüber hinaus noch eine Narkose und Operation zu erhalten ist für Kinder eine besondere Erfahrung. Sie finden sich in einer für sie fremden Welt wieder und haben viele Fragen. Wenn sie im OP-Bereich eintreffen, wissen sie bereits, dass sie in einen künstlichen Schlaf versetzt und operiert werden. Wie der Prozess allerdings genau aussieht, was mit ihnen passiert und welche Auswirkungen dies haben kann, wissen die jungen Patient*innen meist nicht. Diese Ungewissheit löst in den Kindern Angst und Stress aus. Dem Personal kommt in dieser Situation die bedeutende Aufgabe zu, das Kind zu informieren. Hierbei werden Fragen beantwortet, Wissen zum Prozess vermittelt und Vergleiche hergestellt. Durch eine kindgerechte und für sie verständliche und nachvollziehbare Erklärung können Kinder Sicherheit über die Situation erlangen, Ängste reduziert und Neugierde sowie Interesse befriedigt werden. Das Verständnis der Kinder darüber, was warum und zu welchem Zweck passiert, kann das Erleben der Narkose und des perioperativen Prozesses angenehmer machen und sie darin bestärken, sich mehr in ihren Gesundheitsverlauf involviert und sicherer zu fühlen.

„Alles, was ich wissen wollte, zum Beispiel was macht Narkose, diese Nadel und so weiter, hat die Frau mir erklärt. Und sie sagte ‚Ich mach nichts, was du nicht weißt. Ich erklär dir alles.‘ Das hat sie auch so gemacht. Also ich hab alles gewusst.“ (Mike, 11 Jahre)

5.2.1. Fragen beantworten

Die Aufklärung zur bevorstehenden Operation und Anästhesie wurde in vielen Fällen telefonisch mit den Eltern durchgeführt. Diese fanden sich dann häufig in einer

Situation wieder, in der sie Fragen des Kindes beantworten sollten, während sie selbst nur unzureichend informiert waren.

„Mutter erzählt, dass das Gespräch am Telefon war und sie es dann Clara weitererzählt hat, aber das selbst nicht so wusste.“ (Clara, 14 Jahre, Beob.)

So haben die Kinder und ihre Eltern, wenn sie im OP-Bereich eintreffen, viele Fragen. Die Möglichkeit, diese stellen zu können, kann ihnen das Personal vor einer Operation bieten und durch entsprechende Beantwortung Nervosität und Anspannung der Kinder und ihrer Eltern lindern. Das steigert das Verständnis und kann den Kindern falsche Eindrücke von dem, was auf sie zukommt, nehmen. Eine klare und deutliche Kommunikation signalisiert den Kindern, dass ehrlich und respektvoll mit ihnen umgegangen wird.

„Sie haben mit mir und meiner Mama gesprochen. Also mit beiden. Die haben uns beiden erklärt, wie das so abläuft, wie lange das dauern wird. Ich hab dann auch Fragen gestellt über diesen Eingriff, die wurden mir auch klar und deutlich beantwortet und ja.“ (Benno, 9 Jahre)

Das Beantworten ihrer Fragen in Verbindung mit Freundlichkeit, Offenheit und Professionalität des Personals wird von den Kindern sehr geschätzt und steigert ihr Wohlbefinden. Fragen stellen zu dürfen und eine für sie verständliche Antwort zu erhalten, gibt den Kindern ein Gefühl von Sicherheit über das Geschehen. Sie fühlen sich involviert und gut aufgehoben.

„Und sie haben eben auch wirklich nett mit mir geredet und mir alles noch einmal erklärt und ich konnte sie eh auch immer fragen, wenn sie noch was haben wollten, also wenn ich noch was wissen wollte.“ (Clara, 14 Jahre)

Eine einfache Wortwahl bei der Beschreibung von Funktionen und des Equipments, kann dem Interesse der Kinder daran, wie etwas funktioniert, gezielt begegnen. Ihr Verständnis darüber, warum etwas gemacht wird und wofür es wichtig ist, kann dabei gesteigert werden. Die Funktionsweise und den Sinn der Gerätschaften zu kennen, kann die Unsicherheit hinsichtlich des Unbekannten nehmen und den Kindern signalisieren, dass nichts Schlimmes passiert.

„Die Anästhesiepflegerin klebt EKG-Elektroden und sagt, damit kann man sehen und hören, wie sein Herz so schlägt. Dann möchte sie noch einen Finger der linken Hand und sagt da kleb ich auch was und das misst deinen Sauerstoff im Blut, schau das was da so leuchtet.“ (Toni, 12 Jahre, Beob.)

Wenn das Personal auch aktiv nachfragt, ob es ungeklärte Themen gibt, empfinden Kinder dies als positiv. Jedoch fallen ihnen eventuell vorbereitete oder spontane Fragen nicht ad hoc ein. Sie berichteten, dass sie es begrüßen würden, wenn das Personal auch ohne (Nach-)Fragen ihrerseits mehr zum Ablauf, Equipment, zu Funktionsweisen oder möglichen Sinneswahrnehmungen erklären und Informationen bereitstellen würde.

„Ja, also sie könnten ein bisschen mehr erklären. Also es war schon gut, dass sie nachfragen, ob wir Fragen haben und so. Ist okay, aber man könnte auch einfach so erklären, ohne irgendwelche Fragen zu haben.“ (Lucas, 12 Jahre)

Finden Aufklärungen primär mit den Eltern und im Beisein des Kindes in nicht kindgerechter Sprache statt, missinterpretieren die jungen Patient*innen die erhaltenen Information unter Umständen. Selbst wenn es um unwahrscheinliche Komplikationen geht, kann es dazu kommen, dass die Kinder sich auf solche einstellen. Dies löst Ängste in ihnen aus, dass etwas Schlimmes mit ihnen während der Narkose passieren kann. So berichtete ein Teilnehmer, der das Aufklärungsgespräch mit seinen Eltern am Telefon mitbekommen hat:

„Ich hatte sehr viel Angst und wo sie zu meinen Eltern gesagt haben, ähm, Nachteile gesagt haben, was ähm, Unwahrscheinliches was passieren kann, zum Beispiel das mit der Lunge und so. [...] Weil danach stellen sie sich so sehr darauf ein, dass das, ähm, dass etwas Schlimmes passieren könnte. Und dann hat man Angst.“ (Mike, 11 Jahre)

5.2.2. Erklären, was passiert

In dem Fall, dass Kinder etwas noch nicht kennen oder nicht oft erlebt haben, möchten sie wissen, was auf sie zukommt, was mit ihnen passiert und auch was

sein kann. In einem speziellen Fall wie einer Narkose, kennen sie die Situation häufig nur aus Erzählungen oder Geschichten, selten auch aus eigener Vorerfahrung. Das, was sie erwartet, zu verstehen, ist für sie ein wichtiger Faktor, um nachvollziehen zu können, warum gewisse Handlungen von Eltern, Personal oder ihnen selbst notwendig sind.

„Weil man muss ja wissen, was eigentlich, was die eigentlich machen. Weil, wenn du keine Informationen hast und die dann irgendwas machen und dann ja dann ist das halt ein Problem. Dann ärgerst du dich. Dann ärgerst du dich vor den Ärzten. Dann gibt's wieder irgendwas. Dann kommt die Politik und das ist halt ein bisschen dumm und so. Also man sollte schon wissen, was die machen. Weil nicht, dass du dann einfach Schmerzen bekommst, ohne zu wissen, was die da machen. Oder, wenn du einschläfst, ohne zu wissen, was die überhaupt bei einer Narkose machen. Das sollte man schon wissen.“ (Lucas, 12 Jahre)

Während die Kinder noch mit ihren Eltern im AWR auf die OP warten, kommt Personal zu ihnen und stellt nicht nur Fragen, sondern beantwortet auch solche und erklärt Kind und Eltern die nächsten Schritte und den Ablauf. Dies kann den Kindern sowie ihren Eltern ein entspannteres Gefühl geben. Sie verstehen, was passiert und was gemacht wird. Wenn das Personal zusätzlich noch das Distanzverhältnis verringert und sich mit dem Kind auf eine Ebene begibt, kann sich dies positiv auf das Kind auswirken.

„Er macht das Bettgitter auf Luisas rechter Fußseite herunter und setzt sich zu ihr aufs Bett. Er sagt, das Schmerzhafte ist die Nadel. Fragt, ob sie schon eine hat. Keine. Er erklärt ihr den Ablauf von anästhesiologischer Seite her und was alles so passiert. Er fragt, ob Luisa alles verstanden hat, sie bejaht. Er bietet ihr etwas zur Beruhigung an, dass sie nicht so viel im OP-Saal dann mitbekommt. Dann erzählt er ihr und der Mutter was postoperativ passiert und wo Luisa dann weiter betreut wird sowie den Ablauf. Dabei erklärt er ruhig, verständlich und zu Luisa gewandt. [...] Sie wirkt entspannter.“ (Luisa, 14 Jahre, Beob.)

Während die Kinder mit Informationen und Erklärungen vom Personal mündlich, wenn auch altersgerecht, vorbereitet werden, sind sie dabei jedoch zumeist auf ihre Vorstellungskraft, zu dem was sie erwartet, angewiesen. Die interviewten Patient*innen gaben an, dass sie es sinnvoll fänden, wenn sie vor einer Narkose oder Operation den Bereich kennenlernen könnten. Das Erklärte würde dabei visualisiert und besser verstanden werden. Nachdem in den Befragungen Bilder vom OP-Bereich und dortigen Equipment als Erinnerungshilfen genutzt wurden, äußerten sie, dass man ihnen solche auch schon präoperativ präsentieren könnte.

„Ja auf jeden Fall. Oder vielleicht, dass man auch so mit Bildern, wie du hier jetzt, zeigt wie das so aussieht und wie das so abläuft.“ (Toni, 12 Jahre)

Zu wissen was und warum etwas passiert, ist für die Kinder auch relevant, um den Ablauf zu verstehen und Erfahrungen einordnen zu können. Werden den jungen Patient*innen Handlungen und nächste Schritte erklärt und diese begründet, steigert dies ihr Vertrauen, das Gefühl von Kontrolle und die Kinder fühlen sich einbezogen.

„Die OP-Ass schnallt Mike auf dem Tisch mit Bauchgurten und Klettverschluss an „Damit du nicht runterfällst. Das ist zur Sicherheit.“ Während sie alles macht erklärt sie Mike, was sie alles genau macht und warum.“ (Mike, 11 Jahre, Beob.)

Sie können sich so auch auf mögliche Gefühle einstellen und verstehen, dass dies ein gewolltes Resultat der Handlung ist und nicht als Komplikation zu verstehen ist. Dabei nutzt das Personal auch Humor, um die Situation weiter aufzulockern.

„Anästhesiepflegerin startet die Perfusoren und erklärt Toni, dass darüber dann jetzt die Medikamente kommen und dann ein komisches Gefühl kommt und sagen soll, wenn er was Komisches spürt. „Und wirklich. Nicht nur das Gefühl genießen.“ Lachen.“ (Toni, 12 Jahre, Beob.)

5.2.3. Vergleiche herstellen

Besonders das Eintreffen im OP-Saal wurde von den Teilnehmer*innen als Moment der Angst und Ungewissheit beschrieben. Viele Menschen, Geräte und Lichter empfingen sie dort. Die Kinder können oftmals nicht alles zuordnen und kennen einen Großteil des Equipments oder der dort verwendeten Begriffe nicht. Werden Handlungen nicht oder unzureichend erklärt, löst dies zusätzliche negative Gefühle bei den jungen Patient*innen aus.

„Sie haben mir nur gesagt, dass sie mich verkabeln.“ (Mira, 13 Jahre)

Konfrontiert mit ihnen unbekannten Phänomenen in einer fremden Welt nutzen die Kinder ihre Vorstellungskraft und vergangene Erfahrungen, um sich Funktionsweisen und Zusammenhänge zu erklären. Ist eine Situation mit ihren bisherigen Erfahrungen nicht erklärbar, wie beispielsweise Medikamente, die einen zum Schlafen außerhalb ihrer Bettgehzeiten am Abend bringen, führen sie dies auf Wunder zurück.

„[...] das irgendwie wie so ein Wunder, ähm, wie so ein Wundermittel ist das, dass ich einschlafe irgendwie.“ (Benno, 9 Jahre)

Die informierende Rolle des Personals beinhaltet auch, den Kindern jene wunderbaren Ereignisse und unbekannte Situationen bekannter und vertrauter zu machen. So wurden bei der Erklärung zur Narkose und zu den einzelnen Medikamenten beispielsweise das Schlafmittel Propofol aufgrund seiner weißen Farbe mit Milch oder eine Regionalanästhesie wegen der betäubenden Wirkung mit einem Eisspray verglichen.

„Also, dass ich da dann das Narkosemittel bekomme, wo manche gesagt haben, das ist Milch, weil es weiß ist. Und, dass ich nach ein paar Sekunden schon weg bin und dann nix mehr mitbekomm. Ahh und sie hat mich gefragt, ob ich so ein Eisspray oder sowas haben mag, damit das nicht so weh tut.“ (Toni, 12 Jahre)

Um dem Kind Handlungen und Abläufe näher bringen zu können, nutzt das Personal solche alltagsnahen Vergleiche oder Metaphern. Dies kann dem Kind die

Angst vor dem Equipment oder Medikamenten nehmen und Abläufe und Funktionen nachvollziehbar machen. So wurde auf dem Weg in den OP-Saal zum Beispiel die Funktion der Schleuse mit einem Kassenband im Supermarkt verglichen:

„OP-Ass stellt sich vor und erklärt, dass jetzt die blaue Platte zu Sophies rechter Seite unter sie fährt wie ein „Förderband bei Billa“ und sie auf den OP-Tisch zieht und sie sich nur steif machen braucht, was sie auch tut. Sie redet nicht viel. Anästhesiepflegerin hält und stützt den Kopf dabei. Sophie wirkt dabei sehr interessiert was passiert.“ (Sophie, 13 Jahre, Beob.)

Die Vergleichsbilder können sich die Kinder oft auch noch nach der Narkose und Operation detailliert merken und diese beschreiben. Besonders Vergleiche mit außergewöhnlichen Gegenständen mit positiven Assoziationen bleiben den jungen Patient*innen besonders im Gedächtnis.

„Also sie hat gesagt, das ist eine richtige Astronautenmaske, die die Astronauten verwenden.“ (Mike, 11 Jahre)

5.3. Begleitet werden

Während die Kinder mit ihren Eltern oder Bezugspersonen im Warte- oder Aufwachbereich auf ihre Narkose und Operation warten, kommt verschiedenes für sie zuständiges Personal zu ihnen. Es stellt sich vor, erklärt nochmal den Ablauf oder beantwortet letzte Fragen. Wenn sich Kinder und Eltern im perioperativen Prozess ab dem Zeitpunkt des Einschleusens verabschieden müssen und voneinander getrennt werden, befinden sich die jungen Patient*innen in der alleinigen Obhut des Personals. Spätestens zu diesem Zeitpunkt wird eine weitere, für die Kinder bedeutende Rolle des Personals deutlich. Das Personal begleitet die Kinder präoperativ durch die fremde Welt bis hin zum Einschlafen im OP-Saal. Gespräche mit den jungen Patient*innen und ein entsprechender Beziehungs- und Vertrauensaufbau führen dazu, dass die Kinder die Situation gemeinsam mit dem Personal bewältigen und sich nicht allein fühlen.

„Also, er hat mich gefragt, ob ich aufgeregt oder nervös oder so bin. Dann hab ich gesagt, ich bin nervös. Dann hat er gesagt, dass ich nicht nervös sein muss, weil ich nix spüren werde. Es wird nix passieren. Ähm, also die

Ärzte werden nett sein, und dass ich eine Narkose bekommen werde. Und, dass ich halt nix spüren werde und die alles arbeiten werden.“ (Lucas, 12 Jahre)

5.3.1. Kommunikation gewährleisten

Bei der Begleitung des Kindes innerhalb des perioperativen Prozesses spielt eine Kommunikation, bei der das Kind im Zentrum steht, eine wesentliche Rolle. Führt das Personal Gespräche für und mit den Kindern, trägt dies dazu bei, dass sich die jungen Patient*innen in der fremden Situation nicht allein fühlen. Spricht das Personal hingegen an ihnen vorbei und vorrangig mit den Eltern oder anderen Personen, fühlt sich das Kind außenvorgelassen.

„[...] der hat nicht mit mir geredet, sondern mit jemand anderem.“ (Sophie, 13 Jahre)

Die Kinder möchten für sich selbst sprechen und eigenständig Fragen beantworten. Besonders im Beisein der Eltern kommt dem Personal so auch die bedeutende Rolle zu, die Kommunikation mit dem Kind zu gewährleisten und zu stärken. Wurden beispielsweise an das Kind gerichtete Fragen durch die Eltern beantwortet, resultierte dies zum Teil in Frustration.

„Tom erwidert: „Ja, aber da war ich 8! Da ist ne Füllung drin, alles wieder gut.“ Er wirkt jetzt angespannt und verärgert und spricht aufgewühlt Richtung Mutter auf Englisch, dass er schon alt genug ist und selbst antworten kann.“ (Tom, 12 Jahre, Beob.)

Die Gespräche mit dem Personal können in der unbekannten Situation und insbesondere bei langen Wartezeiten eine willkommene Abwechslung für die Kinder bieten. Auch dabei beeinflusst jedoch die Art und Weise, wie kommuniziert wird, das Erleben der Kinder maßgeblich. Den jungen Patient*innen fällt es auf, wenn wenig oder nur beiläufig mit ihnen gesprochen wird.

„Also jetzt nicht so viel. Sie haben halt schon geredet. Sie haben halt gemerkt, dass ich aufgeregt war und dann haben sie ein bisschen mit mir geredet. Habens halt gefragt, was ich im Sommer schon gemacht hab. Nicht sehr viel. [lacht kurz]“ (Luisa, 14 Jahre)

Die Kinder schätzen in der Kommunikation des Personals Offenheit und Nähe, sowie eine ruhige und freundliche Ausstrahlung. Haben die Kinder das Gefühl, sie werden ernstgenommen und gehört, steigert dies ihr Sicherheitsgefühl und sie fühlen sich gut aufgehoben.

„Ja halt einfach nett mit ihnen reden und so. Alles ruhig und wenn sie Fragen haben, sie alles fragen können und ja. Einfach nett und ruhig mit den Kindern umgehen.“ (Clara, 14 Jahre)

Um mit den Kindern eine Beziehung aufzubauen und eine Verbindung zu schaffen, fragt das Personal auch nach persönlichen Vorlieben und Interessen wie Urlaub, Hobbies, Lieblingssessen oder dem mitgebrachten Kuscheltier des Kindes. Sie lenken die Gedanken auf positive Ziele und Unternehmungen nach dem Krankenhausaufenthalt.

„Mhm. Die haben mich so gefragt, was ich danach essen will und was mein Lieblingssessen ist.“ (Selma, 12 Jahre)

Besonders solche Gespräche blieben den Kindern in Erinnerung. Wenn das Personal ihre Interessen anspricht und auf die Kinder eingeht, kann es erfolgreicher und einfühlsamer mit den Kindern auf einem Level interagieren und kommunizieren. Dies lenkt sie außerdem vom aktuellen Geschehen ab und gibt ihnen positive Gefühle in eventuell unangenehmen Situationen. Durch diese Art von Gesprächen wird in einer fremden Welt der Fokus auf den Kindern bekannte Themen, die ihnen Freude bereiten, gerichtet. Das gute Gefühl aus solchen Gesprächen bleibt auch postoperativ bestehen.

„Also ähm, er hat gefragt, wer mein Lieblingsspieler ist. Ich hab gesagt Kylian Mbappé. Dann hat er gesagt, warum nicht Alaba, weil der ist auch Österreicher. Ja dann hab ich gesagt, er ist auch ein guter Spieler, aber Mbappé ist einer meiner Lieblingsspieler.“ (Lucas, 12 Jahre)

Aus Gesprächen, die den Kindern und dem Personal die Möglichkeit gaben, sich gegenseitig kennenzulernen und Vertrauen aufzubauen, konnten die Kinder Ruhe und Entspannung für die bevorstehende OP schöpfen.

„Und ja, das war eigentlich alles sehr entspannt. Auch, dass ich eben in diesem Raum war, dahin nochmal alle kamen und ich dann erst rüber gefahren bin in den OP-Raum eigentlich.“ (Clara, 14 Jahre)

5.3.2. Situation gemeinsam bewältigen

Wenn der OP-Saal zum Einschleusen freigegeben und die erforderlichen Vorbereitungen getroffen sind, werden die Kinder aus dem AWR abgeholt und in den Saal gebracht. Dies ist auch der Zeitpunkt, an dem sie von ihren Eltern getrennt werden.

„Die Mutter geht neben dem Kopf von Mike und streichelt ihn. An der Gängtüre gibt die Mutter Mike noch einen Kuss auf die Stirn und ruft während der Tisch durch die Tür des AWR in den OP-Gang rollt noch „Tschüss Mike!““ (Mike, 11 Jahre, Beob.)

Angekommen in der fremden Welt *OP-Saal* und umgeben von fremden Personen erleben die Kinder beängstigende Situationen und es werden zum Teil schmerzhaft und unangenehme Handlungen an ihnen vorgenommen. In Abwesenheit ihrer Eltern fühlen sie sich allein und wünschen sich Nähe und Beistand vom Personal. Erhalten sie die notwendige Unterstützung nicht, fordern sich die jungen Patient*innen diese teils auch aktiv ein.

„Anästhesist gibt etwas Fentanyl. „Zum Entspannen“ meint er. Selma sagt kurz darauf, dass ihr Hals weh tut. Anästhesist sagt nur „Ach so?“ Sie sagt sie wird auch müde. Dann sagt sie, dass sie hat Angst. Anästhesist sagt, sie soll tief ein und ausatmen. Selma weint und fragt, ob jemand ihre Hand halten kann. Der OP-Assistent nimmt ihre Hand.“ (Selma, 12 Jahre, Beob.)

Das anästhesiologische Personal kann bei der Bewältigung der Situation eine bedeutende Stütze sein. Es begleitet das Kind bis in den OP-Saal und arbeitet bis zum Einschlafen in seiner Nähe. Auch wenn die Zeit zwischen dem Eintreffen im

AWR und der Narkoseeinleitung in der Regel eine recht kurze ist, wird durch die entsprechende Kommunikation mit dem Kind eine Beziehung aufgebaut. So kann ein gewisses Maß an Vertrauen gewonnen werden und das Personal als Bezugsperson für das Kind fungieren, wenn die eigenen Eltern nicht mehr bei ihm sein können.

„Die OP-Assistentin streichelt dabei Mikes Kopf, während sie zu ihm am Kopfende gebeugt ist, dann schieben sie los. [...] Die Anästhesistin geht neben dem Tisch rechts her und hat eine Hand bei Mikes Arm, auch so dass Mike sie sieht. Er schaut sich links und rechts um.“ (Mike, 11 Jahre, Beob.)

Eine Beziehung mit dem Kind aufzubauen kann das Sicherheitsgefühl des Kindes stärken. Das Personal nimmt die Rolle des Vertreters für das Kind ein und ist nun der Bezugspunkt für das Kind. Es zeigt, dass es da ist und gemeinsam mit dem Kind den Weg geht.

„Die Anästhesistin geht zu ihm und sagt „Ich sage dir genau, was alles passiert. Wir machen das gemeinsam. Ich mache nix, ohne, dass du das weißt“.“ (Mike, 11 Jahre, Beob.)

Damit eine entsprechende Beziehung aufgebaut werden kann, ist die Präsenz des Personals als stetiger Begleiter von Bedeutung. Diese Präsenz zeichnet sich dadurch aus, dass das Kind stets im Zentrum der Aufmerksamkeit steht. Wird das Personal jedoch selbst abgelenkt und verlagert die eigene Aufmerksamkeit vom Kind auf andere Personen, kann dies einen negativen Einfluss auf das Erleben der Situation für das Kind haben.

„Der Anästhesiepfleger links von Lucas wird angerufen, hebt ab und verkabelt weiter, während er telefoniert. Lucas ist ganz ruhig, wirkt angespannt, versteift sich etwas und schaut zur Decke.“ (Lucas, 12 Jahre, Beob.)

Ebenso können Gespräche mit den Eltern den Fokus des Personals vom Kind nehmen. So wurde beispielsweise eine Situation beobachtet, in der die Schwester

einer jungen Patientin im Zentrum stand, während das Mädchen selbst keine Aufmerksamkeit bekam. Diese Erfahrung beschäftigte sie auch noch postoperativ:

*„[leicht weinend und mit angestrenzter Stimme] „Weil meine Schwester oft im Mittelpunkt steht und ich nicht.“ „[Tränen laufen die Wange herunter]“
(Luisa, 14 Jahre)*

Erhalten die Kinder jedoch Unterstützung im perioperativen Prozess und spüren, dass jemand für sie da ist, fühlen sie sich gut aufgehoben und sicher in der Obhut des Personals. Die jungen Patient*innen sehen, dass sie nicht allein sind und bis zur Wiedervereinigung mit ihren Eltern postoperativ jemand bei und mit ihnen ist.

„Ähm, eine Schwester und sie war so dafür da, bevor ich in den OP rein-gehe. Und dann danach, nach der OP, hat sie dann auf mich aufgepasst, bis dann meine Mutter gekommen ist und ja.“ (Selma, 12 Jahre)

5.4. Gestärkt werden

Die Kinder werden in der fremden Welt durch das Personal nicht nur informiert und begleitet, sondern auch darin gestärkt, die unbekannte Situation zu bewältigen. Hierfür kommen verschiedene Strategien zur Anwendung, die darauf abzielen, eine möglichst positive Atmosphäre zu schaffen und das Vertrauen der Kinder darin zu stärken, dass die Operation schnell vorbei geht und danach alles gut wird.

„[...] es ist so wie, du blinzelst und im nächsten Moment ist es schon wieder fertig.“ (Mike, 11 Jahre)

5.4.1. Positive Atmosphäre schaffen

Die unbekannte Umgebung, in der sich die Kinder präoperativ wiederfinden, sowie das Wissen, dass es dort bald mit der Narkose und Operation losgeht, löst Angst und Stress bei den jungen Patient*innen aus.

„[...] wenn du dann im Aufwachraum bist, dann bekommst du schon viel Angst.“ (Toni, 12 Jahre)

Die Umgebungsgestaltung zeigt sich hierbei als wichtiger Faktor für das Erleben der Situation. Während die Kinder auf ihre Operation warten, schauen sie sich ihre direkte Umgebung an und suchen Ablenkung. Freundliche, ansprechende Motive und eine kindgerechte Gestaltung des Raumes können positive Emotionen auslösen.

„Ich fand die Aufkleber an der Wand im Aufwachraum sehr süß. Vor allem für die kleinen Kinder, zur Ablenkung eben und ja.“ (Clara, 14 Jahre)

Neben der Umgebung beeinflusst jedoch auch und vor allem die Interaktion mit dem Personal wesentlich die Atmosphäre im OP-Bereich. So konnten Komplimente oder positive Suggestionen im Rahmen der Gespräche mit dem Personal den Kindern ein gutes Gefühl vermitteln und sie im Prozess bestärken. Auch wird den Kindern signalisiert, dass sie als Personen gesehen werden. Sie werden motiviert, am Prozess und der Kommunikation teilzunehmen.

„Anästhesist: „Benno was machen wir denn heute bei dir?“ „Ähh lasern.“ „Lasern, genau. Perfekt. Benno, wie schwer bist du denn? Stimmt das da? 25kg? Gehörst du eh schon zu den Großen. Stark.““ (Benno, 9 Jahre)

Eine wesentliche Strategie des Personals, um die Atmosphäre im OP-Bereich in eine positivere zu verwandeln ist der Einsatz von Humor. Lustige Situationen und gemeinsames Lachen blieben den jungen Patient*innen postoperativ besonders positiv in Erinnerung. Durch humorvolle Gespräche und Handlungen des Personals hatten die Kinder die Möglichkeit, den Ernst der Situation etwas beiseitezuschieben und negative Emotionen durch Positive zu ersetzen.

„Also, dass ein Chirurg sehr lustig war. Also ich hab ihm ein bisschen was über Fußball erzählt und er hat gefragt, ob ähm, weil ich spiele halt selber Fußball in einem Verein und er hat mich, ähm, er hat gesagt, ob wir österreichischer Meister sind. Und da mussten wir lachen, also er war schon recht lustig.“ (Lucas, 12 Jahre)

Besonders kurz vor der Narkose oder Operation im OP-Saal sehen die Kinder den Einsatz von Humor als wichtiges Werkzeug, um mit positiven Gedanken einschlafen zu können.

„Vor der OP nochmal Witze oder sowas sagen, damit sie nochmal lachen. Dann denken sie vielleicht an die Witze vor der Operation, bevor sie in Narkose gesetzt werden.“ (Toni, 12 Jahre)

Eine weitere Strategie des Personals, um eine möglichst positive Atmosphäre zu schaffen, sind Traumreisen. Hier werden die Kinder eingeladen, sich für die bevorstehende Narkose einen schönen Traum zu überlegen. Durch Überlegungen und Gespräche über die Inhalte dieser Träume wird der gedankliche Fokus auf schöne Dinge, individuelle Präferenzen und Wünsche der jungen Patient*innen, wie einen Traumurlaub oder Hobbies, gelenkt.

„Der Anästhesist sagt jetzt zu Mira gebeugt, dass er ihr etwas spritzt und sie sich dann etwas anders fühlen kann. Keine Angst sagt er. „Hast du dir schon einen Traum ausgedacht?“ „Kroatien“ „Ah schön, dann denkst du jetzt mal ganz fest an den Strand, die Wellen, den Sand und dann schläfst du. Du denkst jetzt einfach fest an Kroatien. Wir passen auf dich auf.““ (Mira, 13 Jahre, Beob.)

Das Personal nutzt in der stärkenden Rolle auch besondere Methoden der Ablenkung, um die Kinder gedanklich aus unangenehmen Situationen zu holen. Dies macht es beispielsweise mit Hilfe von Fragen zum Allgemein- oder Schulwissen. Die Kinder lassen sich zum Teil darauf ein und verlagern ihren Fokus weg von einem angespannten Moment auf die Beantwortung der Fragen. Bestätigung und Lob bei korrekten Antworten gibt den jungen Patient*innen ein gutes Gefühl.

„Der Zugang funktioniert nicht. Sie muss nochmal stechen. Der Operateur sagt, er lenkt Lucas weiter ab und sagt er testet auch gerne Hauptstädte und fragt jetzt nach Hauptstädten und Ländern. Lucas beantwortet die Fragen allesamt richtig, was der Operateur ihm auch bestätigt.“ (Lucas, 12 Jahre, Beob.)

Kinder möchten auch später noch daran erinnert werden, dass sie den perioperativen Prozess gemeistert haben. So können Gegenstände, die sie vom Personal zur Ablenkung und Aufheiterung bekommen, postoperativ als Erinnerungsstücke dienen. Selbst Kleinigkeiten bekommen so eine große Bedeutung für die jungen

Patient*innen. Dies kann zum Beispiel ein Ballon sein. Ein Junge berichtete, nachdem er präoperativ einen solchen erhalten hatte, ihn mit in den OP-Saal nehmen sowie bis zum Einschlafen festhalten durfte und der Ballon anschließend im Saal vergessen wurde, dass ihm dieser Ballon viel für seine perioperative Erfahrung bedeutet hat.

„Also, dass wenn ich wohin gehe, ich hätte das so wie Tourismus irgendwas. Dass ich etwas besuche und ich dann was mitnehmen kann, so eine kleine Erinnerung. [...] Ja so, also wie ich mich dann erinnern kann, dass ich da operiert wurde. Ich finds halt sehr schade, dass mein Ballon verloren gegangen ist, weil wer soll den jetzt ersetzen? Der ist da unten jetzt irgendwo. Also die 2 neuen, die ich bekommen hab, aber die sind halt nicht so richtig ein Ersatz.“ (Mike, 11 Jahre)

Die angebotenen bzw. im OP- und Aufwach- bzw. Wartebereich vorhandenen Ablenkungsmöglichkeiten sind nicht immer altersgerecht und für das ältere Kind interessant. Die befragten Kinder gaben teilweise an, dass das Personal ihnen zwar etwas zur Ablenkung anbieten wollte, sich die vorhandenen Möglichkeiten jedoch auf kleine Kinder beziehen würden und sie schon zu groß dafür wären. Für ältere Kinder und Jugendliche sei das Ablenkungsangebot nicht ausgerichtet gewesen. Dies ließ sich auch bei der Begleitung der Kinder beobachten.

„Dann fragt sie Lucas wie alt er ist, er antwortet 12, woraufhin sie sagt, da hätte sie leider kein Bilderbuch zum Anschauen, um das Warten besser zu machen. Sie fragt ihn, ob er eh auch keins haben mag, er sagt nein. Sie sagt er sei eh schon ein bisschen groß und fragt dann, ob er sein Handy sonst dabei hätte, Lucas bejaht das. Sie sagt, er kann sich das ruhig nehmen, wenn er sich ein wenig ablenken mag. Sie geht wieder.“ (Lucas, 12 Jahre, Beob.)

5.4.2. Vertrauen gewinnen

Kinder sehen die bevorstehende Narkose oder Operation nicht ausschließlich negativ. Sie versuchen, sich den Sinn und Zweck des bevorstehenden Prozederes

vor Augen zu halten und haben Vertrauen, dass es ihnen nach der Operation wieder besser geht. Die Aussicht, postoperativ wieder normalen Aktivitäten nachgehen zu können, lässt sie sich der Operation stellen.

„[...] hab das eigentlich alles so noch gut gesehen, weil ich mir halt gedacht hab, danach ist es dann vorbei und dann kann ich wieder aufstehen oder so.“ (Sophie, 13 Jahre)

Das Vertrauen, dass sie sich nach dem Prozedere besser fühlen, bestärkt und motiviert die Kinder dazu, durchzuhalten und die Herausforderungen, welche sie im perioperativen Prozess erwarten, zu meistern. Vertrauen ist für Kinder die sichere Erwartung, dass alles gut wird und für sie der wichtigste Faktor in ihrer Versorgung. Die Aussicht auf ein positives Ergebnis der Operation schafft für die Kinder auch nötige Momente der Entspannung in der unbekannten Situation.

„Das war in meine Richtung [...] ich hab mich gefühlt wie so eine [...], wie in Yoga irgendwie [lacht], dass ich irgendwie gute Nachrichten bekomme, und dass nach dem irgendwie alles gut wird.“ (Benno, 9 Jahre)

Die jungen Patient*innen setzen sich vor einem Eingriff intensiv mit diesem auseinander. Sie denken viel über die Operation und die Notwendigkeit dieser nach, machen sich Sorgen und haben Bedenken, was sein kann und sein wird. Positive Vorerfahrungen, aber insbesondere professionelles und sicheres Agieren des Personals, Freundlichkeit und Ruhe stärken das Vertrauen der Kinder in dessen Kompetenzen, in positive Ergebnisse und schaffen ein Gefühl von Sicherheit.

„Also ich war ein bisschen besorgt darüber, dass ich eine Operation brauchte. Ähm, aber im Endeffekt hab ich so richtig darüber nachgedacht: Die Ärzte sind sehr nett und auch sehr vorsichtig und es sind vor allem auch sehr gute Ärzte, die mich da operieren. Ähm, deshalb war ich auf einer Seite besorgt, aber auf der anderen Seite eher halt schon geübt bei dem und konnte schon wissen ‚Aha! Diese und diese Ärzte operieren mich, wo ich weiß, da kann ich mir sicher sein!‘“ (Benno, 9 Jahre)

Vom Personal etwas geschenkt zu bekommen, woran sich die jungen Patient*innen festhalten können, gibt ihnen Sicherheit und stärkt ihr Vertrauen. Das Personal

kann hierbei abwägen, was für die Kinder passend sein könnte. Die Kinder schätzen die Freundlichkeit und Aufmerksamkeit, fühlen sich gut umsorgt und empfinden das Setting als weniger gefährlich. Auch, dass das Personal verschiedene Möglichkeiten nutzt, um die Kinder möglichst wenig unangenehme Gefühle wie Schmerzen bei verschiedenen Prozeduren spüren zu lassen, gibt ihnen das Gefühl, gut aufgehoben zu sein.

„Da haben sie mir einen Ballon gegeben. Die waren ganz nett zu mir und die haben mir dann noch eine Narkose gegeben auf meine Hand.“ (Mike, 11 Jahre)

Auch persönliche Gegenstände, an denen sie sich festhalten können, dienen den Kindern als Vertrauensquelle. So fungieren Kuscheltiere als Mutmacher und Glücksbringer werden von den jungen Patient*innen als Beschützer mit in den OP genommen.

„Ich würde da sehr gerne so einen kleinen, wie soll ich sagen, so einen kleinen Glücksbringer dabeihaben. Aber das sind, die hab ich eh meistens schon dabei, aber so irgendwie so ein Amulett oder so. Also hab ich hier eh so eine kleine Kette, die zieh ich jeden Tag praktisch gesagt an. Jetzt hab ich sie nicht um, ich weiß nicht warum, aber das ist halt so ein kleiner Beschützer für mich. Das hab ich zu meiner Erstkommunion bekommen. Und sonst hab ich noch ein paar Glücksbringer. Das sind meine Kuscheltiere.“ (Benno, 9 Jahre)

Die im OP-Bereich arbeitenden Personen können hier ansetzen und großen Einfluss darauf nehmen, dass die Kinder den Prozess bestärkt durchlaufen und ein möglichst positives Erlebnis haben. Indem sie auf die Kinder eingehen und sie weiter ermutigen, können die jungen Patient*innen das Gefühl entwickeln, die Herausforderung meistern zu können und an ihr Durchhaltevermögen zu glauben. Kinder fühlen sich durch eine sichere und zugewandte Haltung des Personals selbst sicherer und gut aufgehoben. Sie schöpfen Vertrauen, Motivation und Gewissheit, dass alles gut laufen wird und sie sich auf das Personal verlassen können.

„[...] und man hat bei denen auch das Gefühl, dass sie halt wissen, was sie da tun, und dass sie sich halt sicher sind.“ (Tom, 14 Jahre)

6. Diskussion

In der vorliegenden Studie wurde untersucht, wie Kinder in den präoperativen Prozess involviert werden und welche Bedeutung dies für ihr Erleben der perioperativen Situation hat. Die Analyse der erhobenen Daten mittels Kodierparadigma der Grounded Theory zeigte, dass sich Kinder im Operationsbereich *in einer fremden Welt* wiederfinden. Hier erwarten sie unbekannte Personen, Räumlichkeiten, Gerätschaften und eine fremde Situation. Dies kann Unbehagen, Ängste und Gefühle von Machtlosigkeit bei den jungen Patient*innen auslösen. Um die Forschungsfrage zu beantworten, wurde aus der Sicht der Kinder selbst ermittelt, wie sie präoperativ den Einzug in die eigene Gesundheitsversorgung und den Anästhesie- und Operationsablauf erhalten und erleben. Das zentrale Ergebnis der Untersuchung dabei war, dass das Personal verschiedene Rollen einnimmt, um die Kinder in diesem speziellen Setting durch den Prozess zu führen. Personal, welches im OP-Bereich arbeitet und dabei insbesondere das Anästhesiologische, ist für die Kinder da, indem es sie *informiert, begleitet und bestärkt*. Während es informiert, beantwortet es Fragen, erklärt Abläufe und was passiert und stellt beim Erklären Vergleiche von Prozeduren, Dingen oder Gefühlen mit Bekanntem und Alltäglichem für die Kinder an. Es begleitet sie, indem es eine dem Kind entsprechende Kommunikation gewährleistet und diesem signalisiert, dass die Situation nicht allein, sondern gemeinsam bewältigt wird und jemand da ist, auch wenn die Eltern ab einem gewissen Punkt nicht mehr dabei sein können. Die Kinder werden auch in der Interaktion gestärkt. Dies leistet das Personal durch die Schaffung einer positiven Atmosphäre mit Hilfe von Ablenkung, besonderem Interesse an der sozialen Welt der Kinder oder der Umgebungsgestaltung. Auch der Aufbau einer Vertrauensbasis zwischen dem Personal und den Kindern bestärkt diese, den Prozess durchzustehen, sich sicherer zu fühlen und darauf zu vertrauen, dass es ihnen nach der OP besser geht. Aus den Ergebnissen kann geschlossen werden, dass das Personal eine Schlüsselfunktion in der emotionalen Unterstützung von Kindern im Operationsbereich einnimmt. Über verschiedene Zugangswege wird vom Personal der Prozess, in den sich Kinder für ihre Genesung begeben, gestaltet und geführt. Diese Ergebnisse zeigen auch, dass die Involvierung von Kindern ein vielschichtiges und multifaktorielles Geschehen ist, welches Einfühlungsvermögen, Kreativität, Teamarbeit und Professionalität erfordert.

6.1. Einbettung der Ergebnisse in den Forschungsstand

Die Kinder in dieser Studie konnten, wie auch in der Studie von Chorney und Kain (2009), anekdotisch über ihre Erlebnisse bis zum Einschlafen in Narkose berichten. Ein Verständnis dafür zu entwickeln, welche Erinnerungen Kinder vom Tag der Operation oder medizinischen Prozedur behalten und postoperativ wieder aufrufen können, ist von nennenswerter Relevanz, um zu identifizieren, wie man für Kinder besonderen Situationen im Krankenhaus begegnen kann (Hackmann et al., 2017).

Die perioperative Phase ist eine bedeutende und belastende Erfahrung für Kinder im Krankenhaus, auf die sie sich teilweise nicht ausreichend vorbereitet fühlen (Löf & Lönnqvist, 2022). Vor dem Hintergrund, dass 50% der Kinder, welche sich einer Narkose und Operation unterzogen, retrospektiv das Gefühl hatten, genügend Informationen erhalten zu haben, wünschen sich dahingegen über 40% präoperativ mehr Informationen zum Prozedere und möglichen Gefühlen (Bell et al., 2021). Sie können selbst nicht erahnen und wissen, was auf sie zukommt und sie erwartet, wodurch sie sich mit einer unbekannten Realität konfrontiert sehen (Wennström et al., 2008). Die Kinder in der vorliegenden Studie fühlten sich im OP-Bereich häufig unzureichend informiert und ihnen fehlte es an Wissen zum Ablauf. Dies resultierte unter anderem daraus, dass Aufklärungen oftmals primär mit den Eltern und telefonisch stattfanden. Die Eltern mussten dann das Verstandene ihren Kindern erklären bzw. weitererzählen, sodass die jungen Patient*innen nicht genau wussten, was auf sie zukommt und was passieren wird.

Auch wird beschrieben, dass den Kindern häufig nur in kleinen Anteilen kommuniziert wird, was auf sie zukommt und sie erwartet. Die dabei gegebenen Informationen beziehen sich häufig in langen Sätzen eher auf medizinische Themen, die für die Kinder teilweise unverständlich sind. Sie fühlen sich dadurch nicht ausreichend informiert und zu wenig vorbereitet, was in der Folge Unsicherheiten und Ängste hinsichtlich des bevorstehenden Prozederes und ihres Körperbildes verstärkt (Andersson et al., 2022; Coyne & Conlon, 2007; Coyne & Kirwan, 2012; Heath et al., 2023; Sbaraglia et al., 2024).

Hinzukommt, dass den Kindern zu wenig Zeit eingeräumt wird, die erhaltenen Informationen zu verarbeiten, was dazu führen kann, dass diese nicht richtig verstanden und verarbeitet werden können (Löf & Lönnqvist, 2022). So konnten sich auch Kinder in dieser Untersuchung Wirkungen, Funktionsweisen, Zusammenhänge, Situationen nicht erklären, wenn sie im Vorfeld nur unzureichende Erklärungen erhielten oder diese nicht richtig verstanden. Sie versuchten, sich Erklärungen selbst zu schaffen. Dies wurde mit Hilfe der eigenen Vorstellungskraft, zum Teil durch die Rückführung auf Wunder oder vergangene Erfahrungen gemacht. Jedoch entstanden hierdurch bei den Teilnehmer*innen auch bedrohliche Erklärungen, die zu Unsicherheiten, Missinterpretationen, Sorgen und Ängsten führten. Daraus resultierten auch Gefühle von Einsamkeit oder nicht dorthin zu gehören. Solche Gefühle konnten bei Kindern mit und ohne Vorerfahrung in dem Bereich erkannt werden. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Ergebnissen von Coyne & Conlon (2007). Durch die mangelnde Vorbereitung auf das Bevorstehende und wenig Vertrautheit mit dem Umfeld im OP-Bereich verspüren die Kinder eine emotionale Belastung (Sbaraglia et al., 2024). Sie wünschen sich jedoch mehr Wissen und verständliche Informationen zu möglichen Gefühlen, was sie sehen werden und ob es ihnen anschließend besser gehen wird (Fortier et al., 2009). Die Hälfte der Kinder in dieser Studie hatte bereits Vorerfahrung mit Anästhesien und dem OP-Bereich. Sie berichteten, dass diese helfen kann, mit dem Prozess umzugehen, sie jedoch trotzdem angespannt und aufgeregt waren und sich weiteres Wissen gewünscht hätten. Dieses Ergebnis findet in der Literatur bisher kaum Anklang.

Fremde Welt

Keil, Nickel und Wiegandt (2024) beschreiben in ihrem Lehrbuchkapitel zur Anästhesie bei Kindern, dass Kinder bereits ab dem ersten Lebensjahr Verunsicherungen in fremder Umgebung verspüren. Der Aufenthalt in einem unbekannten Umfeld, wie dem OP-Bereich, kann für die jungen Patient*innen einen Kontrollverlust über die Situation bedeuten (Andersson et al., 2020; Coyne, 2006a). So können sie Ängste, Befürchtungen und Bedrohungen hinsichtlich der Umgebung selbst oder der in dieser handelnden fremden Menschen und dort stattfindenden Prozeduren entwickeln (Coyne & Conlon, 2007). Bizzio et al. (2020) und Sjöberg et al.

(2015) beschreiben, dass die Umgebung im Operationsbereich eher Stress sowie unangenehme Gefühle erzeugt, da der Bereich meist nur mäßig an die Bedürfnisse von Kindern angepasst ist. Auch die Kinder in dieser Erhebung zeigten Ausprägungen von unangenehmen Sinneseindrücken und berichteten in den Befragungen über die mangelnde Vertrautheit mit ihnen unbekannten Räumlichkeiten, Personen und Equipment. Sie verwiesen dabei auch auf die Gestaltung der Räumlichkeiten und auf den Einfluss, den diese auf das Geschehen und ihr Erleben nimmt. Eine freundliche, ansprechende und kindgerechte Gestaltung wurde von den Kindern mit positiven Emotionen assoziiert. Von einigen Autor*innen wird beschrieben, dass sowohl die Umgebung im OP-Bereich, wie auch das Auftreten und Verhalten des Personals dort, die Gefühle und das Erleben der Situation maßgeblich beeinflussen. So kann mit der Raumgestaltung eine ruhige und kindgerechte Umgebung und emotionale Unterstützung geboten werden (Andersson et al., 2022; Bizzio et al., 2020).

Dies erweist sich aufgrund der geforderten Sterilität und hochtechnisierten Ausstattung jedoch als Herausforderung. Die Kinder berichteten von vielen unbekannten Menschen, die alle ähnlich bzw. gleich aussahen und somit schwierig zuzuordnen waren. Hinzukommend war auch das Equipment in Form von vielen Geräten, Lichtern und Lampen für sie strapaziös. So verbanden die Teilnehmer*innen dieser Untersuchung den Bereich mit schmerzhaften und unangenehmen Prozeduren und Handlungen. Dies bewirkte bei ihnen beunruhigende und unbehagliche Gefühle. Auch in der Literatur wird dieses Phänomen beschrieben. Die lauten Geräusche, hellen Lichter, stickigen Räume, medizinischen Gerätschaften und vielen unbekannten Personen in Bereichskleidung wirken häufig einschüchternd auf die Kinder (Coyne & Conlon, 2007; Heath et al., 2023; Sbaraglia et al., 2024). Die technologisch fortgeschrittene, fremde Umgebung in Kombination mit der Aussicht auf eventuell schmerzhaftes Prozeduren belastet die Kinder und schafft negative Emotionen wie Angst und Machtlosigkeit (Andersson et al., 2020).

Insbesondere die Zeit unmittelbar vor und während der Narkoseeinleitung wird von Kindern in Erinnerung behalten und kann von diesen auch trotz der Gedächtnisbeeinträchtigenden Medikamente postoperativ häufig sehr detailliert wiedergegeben werden (Chorney & Kain, 2009; Hackmann et al., 2017). Diese Phase wird als

die stressigste Phase im perioperativen Prozess (Bell et al., 2021; Lööf & Lönnqvist, 2022), in der sie in eine unvorhersehbare Situation befördert werden (Wennström et al., 2008) beschrieben. Diese gipfelte in Momenten wie der Anlage eines venösen Zugangs, der Maskenbeatmung sowie der ersten Medikamentengabe (Bell et al., 2021). Auch die Kinder in dieser Studie berichteten zum Teil sehr ausführlich über die Zeit ab dem Eintreffen in den OP-Saal bis zum Einschlafen dort. Diese Phase wurde von ihnen zum Teil mit Stress und Unsicherheiten, jedoch auch mit Interesse und Spannung, beschrieben. Sie empfanden die Narkoseeinleitung dabei als eine besondere Erfahrung und erachteten es als besonders wichtig, mit positiven Gedanken einzuschlafen. Sie beschrieben den Moment der Narkoseeinleitung auch als kritischen Moment, in dem sie mit schwindenden Sinnen und unklaren Gedanken zu kämpfen hatten. Das Einordnen zwischen Geschehen und Gefühlen fiel ihnen dabei oft schwer, was besonders, wenn kein Zusammenhang für sie erkennbar war, zu Frustration und Unwohlsein führte. So beschrieben sie ebenfalls die Medikamentengabe oder die Maskenbeatmung als eindrückliche Momente.

In der Studie von Andersson und Kolleg*innen (2020) wird ebenfalls darauf hingewiesen, dass sich Kinder während des Narkoseprozesses machtlos und beunruhigt fühlen und es ihre Unsicherheiten verstärkt, wenn sie nicht nachvollziehen können, wie die Narkose eigentlich funktioniert. Trotz des vermehrten Stresses versuchen sie dennoch zu kooperieren und ein Verständnis für die Situation zu entwickeln (Wennström et al., 2008). Die Kinder berichteten darüber, dass sie die Situation, in der sie sich befanden, unübersichtlich fanden. Viele Menschen, welche schwer zu identifizieren waren, in Kombination mit der Trennung von den beruhigenden Eltern auf dem Weg in den OP-Saal, führten bei ihnen zu Überforderung und Einsamkeitsgefühlen als das einzige Kind. Livesley und Long (2013) beschreiben auch, dass Kinder im Krankenhaus wenig Raum zur eigenen Entfaltung haben. So wird auch Kindern im OP-Bereich kaum die Möglichkeit geboten sich ausreichend mit der Umgebung, der Situation oder dem Personal vertraut zu machen. Sie entwickeln hierdurch ein zurückgezogenes oder abwehrendes Verhalten, was die Zeit an diesem Ort sehr prägend für sie macht (Lööf et al., 2019). Die Beobachtungen, dass sich Kinder in unangenehmen Situationen diesen unterwerfen und sie über sich ergehen lassen, stimmen mit den Ergebnissen von Salmela

et al. (2011) überein. Auch, dass diese Erfahrungen traumatisierend sein können, bestätigte ein Kind, welches postoperativ empfand, dass es schlimm ist, operiert zu werden. Dies zeigt, dass auch unangenehme Erfahrungen durch den perioperativen Prozess bestehen bleiben. Dahingegen war der Bereich jedoch auch spannend für einige Kinder und sie hatten diverse Interessensfragen zum Bereich und der fremden Welt, in der sie sich befanden.

Informiert werden

Aus Sicht des Personals stellt eine niedrige Gesundheitskompetenz und wenig Wissen der Kinder eine Herausforderung im Versorgungsprozess dar (Livesley & Long, 2013). Fortier et al. (2009) fanden heraus, dass das Wissen der Kinder mit ihrer Angst korreliert. Dieser kann das Personal jedoch aktiv begegnen und den Wissenserwerb der jungen Patient*innen fördern. Dabei ist es von Nöten, auch ihre Sicht einzunehmen, um die Interaktion auf einer Ebene zu unterstützen. Der Zugang zu verständlichen Informationen und eine angemessene Vorbereitung ist zudem ein Grundrecht von Kindern (Löf & Lönnqvist, 2022). Eine auf das Kind gerichtete Vorbereitung erfordert ein Verständnis dafür, wie Kinder Informationen verstehen und diese interpretieren, damit sie sich in den Prozess integrieren können. In den meisten Fällen liegt der Fokus bei der Informationsweitergabe auf dem Inhalt. Jedoch bedeutet dies nicht, dass dieser auch verstanden wird. Daher ist auch ein Blick darauf zu richten, wie Informationen verstanden werden, welche Informationen relevant sind, wie sie vermittelt und wann sie bereitgestellt werden. Eine Kombination aus konkreten prozeduralen und sensorischen Informationen, also dem, was gemacht und dem was erlebt wird, soll die Kinder darin unterstützen, sich auf die Situation einstellen zu können (ebd.).

Kinder in der Studie von Fortier et al. (2009) berichteten, dass sie den perioperativen Prozess unvorbereitet und mit offenen Fragen erleben mussten. Coyne und Kirwan (2012) berichten, dass Kinder häufig Schwierigkeiten haben, die aus langen Sätzen und schwierigen Begriffen bestehende Kommunikation zu verstehen und die Informationen zu verinnerlichen. Zwar gaben in dieser Arbeit einige Kinder an, dass sie sich mehr Informationen gewünscht hätten, grundsätzlich jedoch das Gefühl hatten, verstanden zu haben und sich auf das, was auf sie zugekommen ist, vorbereitet gefühlt haben. Darin zeigt sich, dass die Versorgung von Kindern in

den letzten 15 Jahren bereits einen Wandel erlebt hat, der die Kinder mehr integriert und ihnen erfolgreicher Informationen zur Verfügung stellt.

Die Kinder in der Studie berichteten, dass sie Ängste verspürten hinsichtlich dem, was auf sie zukam und sie zeigten und verbalisierten dies auch in den Beobachtungssequenzen. Das Thema Angst hinsichtlich Hospitalisierung, Narkosen und Operationen bei Kindern wurde weitreichend in Studien untersucht (Andersson et al., 2020; Bell et al., 2021; Bizzio et al., 2020; Coyne & Conlon, 2007; Heath et al., 2023; Salmela et al., 2011; Winterberg et al., 2022). Sie korreliert mit dem Wissen der Kinder, den Informationen, die sie erhalten und ob diese verständlich für sie sind (Fortier et al., 2009). So kann eine kindgerechte pädagogische Vorbereitung auf Abläufe in der Anästhesie Stress und Ängste verringern und dadurch die Bewältigung der Situation sowie die Kooperation der Kinder im Prozess verbessern (Löf et al., 2019; Löf & Lönnqvist, 2022).

Kinder möchten besonders im OP-Bereich wissen und verstehen, was mit ihnen gemacht wird und was passiert. Für sie spielen daher präoperative Informationen eine wichtige Rolle (Sbaraglia et al., 2024; Ståhlberg et al., 2016). Diese Aufgabe wurde bei den Kindern in der Studie häufig im Vorfeld des Spitalsaufenthaltes von den Eltern übernommen, jedoch nicht ausreichend und detailliert genug, damit die Kinder sich adäquat vorbereitet fühlten. Das Personal spielte präoperativ eine entscheidende Rolle, woraus sich das Phänomen *informiert werden* erschließen ließ. Dabei steht die Wissensvermittlung an die Kinder im Vordergrund. Über eine klare Kommunikation wurde hierbei den Kindern gezeigt, dass sie respektiert werden, ehrlich mit ihnen umgegangen wird und dass sie nichts Schlimmes zu erwarten haben. Zudem nahm sich das Personal Zeit zum Informieren und setzte bzw. stellte sich zu den Kindern an die Betten, um mit ihnen zu sprechen. Auch in der Literatur wird beschrieben, dass Informationen altersgerecht, ausreichend und angepasst sein sollten und sich das Personal für das Informieren Zeit nehmen muss (Andersson et al., 2020; Bizzio et al., 2020; Keil et al., 2024; Löf et al., 2019; Sbaraglia et al., 2024). Keil et al. (2024) weisen auch auf die Wichtigkeit von Respekt gegenüber den Heranwachsenden hin. Ståhlberg und Kolleg*innen (2016) beschreiben darüber hinaus, dass diese Art und Weise der Informationsbereitstellung den Kindern eine aktive Beteiligung am Geschehen ermöglicht. Durch für das Kind

passende Erklärungen und die Beantwortung ihrer Fragen vor dem Hintergrund ihrer Lernprozesse, kann Stress reduziert werden und den jungen Patient*innen die Werkzeuge in die Hand gegeben werden, um effektiver mit dem Unbekannten umgehen zu können (Sbaraglia et al., 2024; Wennström et al., 2008).

In der Studie von Lööf und ihren Kolleg*innen (2019) wird beschrieben, dass sich besonders Empathie und Rückfragen positiv auf den Belastungsgrad der Kinder auswirken. Die Kinder in dieser Studie empfanden die Informationen, die auf ruhige und freundliche Weise durch das Personal bereitgestellt wurden, als Quelle für Sicherheit über das Geschehen. So wurden sie durch diese entspannter und konnten ein gewisses Vertrauen aufbauen. Darüber hinaus trat ihre Neugierde in den Vordergrund, woraus sich Zuversicht entwickelte, der Situation besser begegnen zu können. Dies hatte für sie zur Folge, dass sich Gefühle von Kontrolle und Involvement bildeten. Besonders das aktive Nachfragen des Personals wurde positiv empfunden. Dies gab ihnen die Möglichkeit, Fragen zu stellen und eine Antwort erwarten zu können, die ihnen gerecht und nachvollziehbar beantwortet und erklärt werden würde. Diese Ergebnisse korrelieren mit jenen von Coad et al. (2008) und Andersson und Kolleg*innen (2020), die berichteten, dass Nachfragen seitens des Personals und Fragen stellen zu dürfen, Wertschätzung und Respekt signalisieren sowie Sicherheits- und Kontrollgefühle schaffen. Lööf und Lönnqvist (2022) beschreiben, dass eine solche Vorbereitung den Kindern hilft, Vertrauen aufzubauen. Sie lernen die Abläufe vorher kennen und können so genauere Erwartungen entwickeln. So konnte auch in dieser Erhebung festgestellt werden, dass durch das Informieren Abläufe für die Kinder nachvollziehbarer wurden. Sie entwickelten mehr Verständnis für die Zwecke von Handlungen und konnten somit das Geschehen und manche Gefühle, die sie spürten, anhand der ihnen gegebenen Begründungen einordnen. Das Personal vermittelte ihnen damit, dass gewisse Gefühle und Abläufe gewollt und nicht für die Kinder als eine Komplikation zu verstehen sind.

Bereits in der Studie von Fortier und Kolleg*innen (2009) wird aufgezeigt, dass Kinder sich viele Informationen über die Anästhesie wünschen. Diese beziehen sich darauf, ob sie etwas fühlen, während sie schlafen, wie die Gefühle nach der OP sind, ob die Eltern beim Aufwachen da sind, wie lange sie schlafen würden und

wie das Einschlafen funktioniert. Wennström et al. (2008) verweisen darauf, dass besonders das Anästhesiepersonal die wichtige Aufgabe innehat, wichtige letzte Fragen zu beantworten. In dieser Studie konnte beobachtet werden, dass das Personal der Anästhesie bereits während des präoperativen Kennenlernens einen Großteil dieser Fragen automatisch bei der Erklärung der nächsten Schritte beantwortete, ohne dass das Kind sie stellen musste. Lediglich Fragen zur Schlafdauer wurden von den Kindern diesbezüglich explizit gestellt.

Lööf und Kolleg*innen (2019) und Sjöberg et al. (2015) verweisen darauf, dass das Verständnis des perioperativen Verfahrens und kontinuierliche Informationen für die Kinder entscheidende Faktoren für die Prozessteilnahme der Kinder sind. Jedoch wurde in dieser Untersuchung beobachtet, dass die Aufklärungen in rein mündlicher Form stattfanden und keine Visualisierung zu den Erklärungen im Vorfeld gegeben wurde. Die Kinder waren in Folge auf ihre Vorstellungskraft angewiesen, wodurch auch Missverständnisse und falsche Vorstellungen entstanden. Die Kinder äußerten durchaus, dass sie das Equipment bereits im Vorfeld gern gesehen hätten, um mit dem direkten OP-Umfeld vertrauter zu sein und Handlungen besser verstehen zu können. Sbaraglia et al. (2024) deuten ebenso daraufhin, dass die Bereitstellung klarer präoperativer Informationen, möglicherweise unter Verwendung visueller Hilfsmittel oder Bilder, Ängste reduzieren und das Verständnis von Kindern fördern kann.

Bizzio zeigt mit ihren Kolleg*innen (2020) als Methode des kindgerechten Informierens die Umschreibung von medizinischen Fachbegriffen auf, sodass diese weniger bedrohlich wirken. Auch Lööf und Lönnqvist (2022) gehen in ihrer Arbeit unter anderem auf Vergleiche im Sinne von medizinischen Umdeutungen ein. So werden Equipment oder Verfahren umgedeutet, dass sie von den Kindern als weniger angsteinflößend verstanden werden. Dies kann sich positiv auf das Bewältigungsverhalten von Kindern auswirken und eine stärkere Bezugnahme zum Vorgehen bewirken. So wurden auch in dieser Erhebung Vergleiche vom Personal als Informationsstrategie verwendet. Dies wurde über für das Kind alltagsnahe Vergleiche oder auch positive Assoziationen angestellt. Diese vermittelten den Kindern ein Verständnis dafür, was passieren würde und konnten ihr Vertrauen steigern. Sie wurden auch von ihnen in Erinnerung behalten und konnten postoperativ von den

jungen Patient*innen als selbstverständlich wiedergegeben werden. Das Herstellen von Vergleichen konnte die Kinder bei ihrer persönlichen gedanklichen Erklärung unterstützen und die Gefahr des Unbekannten deutlich reduzieren.

Begleitet werden

Eine weitere wichtige Rolle des Personals ist die Unterstützung der Kinder im perioperativen Prozess und sie durch diesen hindurchzuführen. Als fixe Konstante in dieser anspruchsvollen Zeit vermittelt es den jungen Patient*innen, dass jemand bei ihnen ist und ihre Kommunikation fördert, um den Kindern zu helfen, die Situation zu bewältigen. Aus dieser Aufgabe konnte das Phänomen *begleitet werden* abgeleitet werden. Dabei spielen besonders Einfühlungsvermögen und der Vertrauensaufbau eine entscheidende Rolle. Auch nach Sbaraglia und Kolleg*innen (2024) trägt das Personal entscheidend zur Situationsbewältigung bei und spielt eine maßgebliche Rolle. Bizzio et al. (2020) und Keil et al. (2024) weisen darauf hin, dass vor allem Empathie zu zeigen gefordert ist, damit eine möglichst vertrauensvolle Atmosphäre in relativ kurzer Zeit geschaffen werden kann.

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass beiläufige oder geringe Kommunikation zwischen Personal und Kindern den jungen Patient*innen durchaus auffällt und sie sich außenvorgelassen fühlen. Dazu beschreiben Coyne und Kirwan (2012), dass Kinder durch Nichtbeteiligung Hindernisse erleben, die eigene Meinung zu äußern und Schwierigkeiten spüren können, Beachtung zu finden. Wenn die Kommunikation hingegen für und mit den Kindern stattfand, sie im Zentrum des Interesses standen und dabei unterstützt und gefördert wurden, selbst Fragen zu formulieren und für sich zu sprechen, fühlten sie sich ernst genommen und gehört. Sie entwickelten das Gefühl, gut aufgehoben zu sein und waren motiviert, sich an sie betreffenden Prozessen zu beteiligen. Für Kinder ist es wichtig, dass eine auf sie ausgerichtete Interaktion (Sjöberg et al., 2015) und die Kommunikation auf verschiedenen Ebenen stattfindet (Andersson et al., 2022). Der Einbezug sowie das Einbringen der eigenen Sichtweise, selbst aktiv mitentscheiden zu dürfen und Fragen, mit Aussicht auf eine verständliche Antwort, stellen zu können, wirkt sich ebenfalls positiv aus. Ihnen Optionen bzw. eine Wahl zu geben oder, dass sie selbst etwas festhalten dürfen, resultiert in vermehrten Kontrollgefühlen, erhöht

das Selbstvertrauen und den Einbezug der Kinder (Andersson et al., 2020; Bizzio et al., 2020; Coad et al., 2008).

Auch auf sie einzugehen und gegebenenfalls spezielle Wünsche der Kinder, welche zum Beispiel Vorerfahrungen haben, zu berücksichtigen, kann sich für die Beteiligten vorteilhaft auf den Prozess auswirken (Keil et al., 2024). Es konnte auch in dieser Untersuchung festgestellt werden, dass das Eingehen auf Wünsche und Präferenzen der Kinder deutlich positive Auswirkungen zeigte und sie sich ernstgenommen fühlten. Sie äußerten Wünsche zu Medikamenten oder Anpassungen im Ablauf, dessen Zusicherung des Personals ihnen Beruhigung schenkte. Es wirkte sich auch positiv aus, wenn sie Optionen vorgeschlagen bekamen, sie selbst entscheiden durften, ob sie eine besondere Intervention möchten oder selbst auf ihrem Aufklärungsbogen zur Narkose unterschreiben durften. Die Kombination aus professionellem und einfühlsamem Agieren des Personals gab ihnen darüber hinaus Vertrauen und Gewissheit, dass sie sich verlassen können und alles gut werden würde.

So zeigen auch Keil et al. (2024) auf, dass Maßnahmen, welche Vertrauen, Sicherheit und Ruhe fördern, sich positiv auswirken können. Dies wird auch von Andersson und Kolleg*innen (2022) als Bereitschaft des Personals zu emotionalem und sensiblem Engagement und der damit einhergehenden Schaffung einer fürsorgenden Umgebung als mächtige Ressource beschrieben. So kann der Aufenthalt im OP-Bereich angenehmer und weniger bedrohlich gestaltet werden. Sie greifen dabei auch die Kommunikation auf Augenhöhe sowie verbale, paraverbale und non-verbale Aspekte auf, die Gespräche zwischen den jungen Patient*innen und dem Personal lenken können, um Beruhigung sowie Zuversicht zu vermitteln. Das Personal in der vorliegenden Erhebung versuchte, das Distanzverhältnis mit den Kindern teilweise zu verringern, indem es sich zu den Kindern setzte oder zu ihnen vorbeugte, um auf einer Augenhöhe beim Kommunizieren zu sein. Den Kindern wurde so Nähe und eine ruhige, freundliche und vor allem zugewandte Ausstrahlung signalisiert. Das Personal entwickelte sich zu einer Vertrauens- und Bezugsperson.

Dass es einen wichtigen Bezugspunkt für die Kinder darstellt und eine maßgebliche Rolle bei der Vorbereitung auf das Kommende einnehmen kann, berichten

auch Hackmann et al. (2017) und Heath et al. (2023). Auch die Anwesenheit von Eltern(-teilen) als beständige und einfühlsame Betreuungspersonen für das Kind kann der psychologischen Unterstützung dienen und die Anpassung an eine unbekannte Umgebung erleichtern (Löf & Lönnqvist, 2022). Bizzio und Kolleg*innen (2020) ermittelten in Interviews mit Personal aus dem OP-Bereich, dass dieses sich unter anderem durch die Beobachtung der Interaktion zwischen Kind und Eltern ein Bild davon macht, was für eine Dynamik besteht und wie der vertraute Umgang miteinander abläuft. Auf Basis dieser Beobachtungen überlegt es sich teilweise Maßnahmen, wie das Kopieren solcher Verhaltensweisen. So soll eine vertraute Atmosphäre von Wohlbefinden und Sicherheit gefördert werden. Zudem erhebt das Personal so auch das Stresslevel der Kinder und ihrer Eltern, um eine passende Interaktion für das Kind anzubieten (Bizzio et al., 2020). In der vorliegenden Erhebung hatten die Kinder zumindest einen Elternteil so lange wie möglich dabei, mussten sich jedoch bei der Schleuse von ihnen verabschieden und waren in Folge auf die Interaktion mit dem Personal angewiesen. Lediglich bei zwei Kindern durften die Mütter bis zum Einschlafen beim Kind sein.

Die Anwesenheit der Eltern kann, wie sich zeigte, jedoch auch die Involvierung von Kindern beeinträchtigen, wenn das Kind nicht im Zentrum stand. Fand die Kommunikation zwischen dem Personal und dem Kind sowie den Eltern primär unter den Erwachsenen und am Kind vorbei statt oder war das Personal von ihnen abgelenkt, konnte beobachtet werden, dass die Kinder sich aus der Situation zurückzogen, frustriert waren oder versuchten, sich selbst abzulenken. Diese Beobachtungen wurden retrospektiv von den Kindern in den Interviews bestätigt und beschäftigte sie teilweise auch noch postoperativ. Auch Bizzio et al. (2020) stellten fest, dass manche Verhaltensweisen der Eltern negative Einflüsse auf das Kind nehmen können und den Stress der Kinder verstärken können. Die Trennung von den Eltern führt dennoch zu Unwohlsein und Stress, da sie als engste Vertraute der Kinder eine wichtige Stütze bieten, um mit der Situation umzugehen und Sorgen reduzieren (Andersson et al., 2020; Coyne, 2006a; Coyne & Conlon, 2007). Die Pflege steht inner- und außerhalb des OP-Saals die meiste Zeit im direkten Kontakt mit den Kindern, ist stets in Reichweite und ist, bis die Eltern wieder hinzudürfen, hauptverantwortlich für ihr Wohlergehen (Hackmann et al., 2017). So wünschten sich die Teilnehmer*innen Nähe und Beistand vom Personal, nachdem

sie sich von ihren Eltern verabschieden mussten. Das Anästhesiepersonal war über den präoperativen Prozess hinweg stets in der Nähe der Kinder, stellte eine bedeutende Stütze für sie dar und betreute sie bis zur Wiedervereinigung mit den Eltern. Andersson und Kolleg*innen (2022) und Wennström et al. (2008) deklarieren ebenfalls, dass das Anästhesiepersonal eine Schlüsselrolle hinsichtlich der Begleitung und Betreuung der Kinder durch den perioperativen Prozess einnimmt und ihnen zur Seite steht. Die präsente und zugewandte Haltung hilft den jungen Patient*innen, sich in der unbekannten Umgebung zurechtzufinden.

So konnte den Kindern in dieser Studie durch eine Beziehung mit dem Personal und dessen stetige Präsenz Sicherheit vermittelt werden. Es zeigte ihnen, dass es bis zum Einschlafen da ist und sie hatten das Gefühl, gut aufgehoben und nicht allein zu sein. Besonders in angespannten Situationen, wenn die Kinder sich unwohl fühlten und Unterstützung einforderten, wurde die Wichtigkeit der begleitenden Rolle und Präsenz des Personals deutlich. So bauten die Kinder eine Verbindung und Vertrauen zu diesem auf und suchten bei ihm nach Sicherheit. So beschreiben Andersson et al. (2020) und Salmela et al. (2011) auch, dass Kinder in unangenehmen Situationen nach jemandem suchen, die/der ihnen Sicherheit gibt. Die Kinder fühlten sich durch die Unterstützung und Begleitung durch den Prozess gesehen, agierten selbstsicherer und konnten negative Gefühle durch positive ersetzen, welche auch postoperativ bestehen blieben.

Gestärkt werden

Im Krankenhaussetting kann es vorkommen, dass Kinder sich nicht mehr als eben solche wahrgenommen fühlen. Sie entwickeln das Gefühl, dass sie nur noch als Patient*innen mit einer Erkrankung, jedoch nicht mehr als Individuen mit Bedürfnissen erkannt werden (Livesley & Long, 2013). Hieraus kann ein vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen entstehen (Coyne, 2006b). Kinder benötigen Fürsorge und Unterstützung in einer ihnen verständlichen und auf sie abgestimmten Versorgung (Andersson et al., 2022). Dabei kann das Personal die wichtige Rolle einnehmen, die Kinder in dem Prozess zu bestärken, sie zu ermutigen und ihnen Ablenkung zu schenken. So konnte bei der Datenanalyse das Phänomen *gestärkt werden* als weiterer wichtiger Ansatzpunkt des Personals bei der Involvie-

rung von Kindern abgeleitet werden. Die jungen Patient*innen bekamen vom Personal Bewältigungsstrategien an die Hand und wurden als Individuen beachtet und einbezogen. Durch die Schaffung einer positiven Atmosphäre und den Gewinn des Vertrauens der Kinder konnten sie aus stressigen Situationen herausgeholt werden. Sie konnten ihren Fokus von unangenehmen Gedanken und Gefühlen auf schöne Dinge verlagern und das Setting wurde weniger gefährlich für sie.

Lööf und Lönnqvist (2022) zeigen auf, dass sich die Mitarbeitenden im OP-Bereich verschiedene Kompetenzen auf sozialer, kommunikativer, verhaltensbezogener, psychologischer und pädagogischer Ebene aneignen. Sie machen sich diese zu Nutze, um die Kinder zu bekräftigen, sich zurechtzufinden und den Prozess durchzustehen. Das Personal gab den jungen Patient*innen über Freundlichkeit und Aufmerksamkeit das Gefühl gut umsorgt zu sein, was sie auch sehr zu schätzen wussten. Keil et al. (2024) schreiben dazu, dass es eine wichtige Eigenschaft ist, den Kontakt auf diese Weise aufzubauen und durch ein alters- und kindgerechtes Begegnen Sorgen zu reduzieren. Verschiedene Strategien des Personals können den Kindern Ablenkung bieten, ihnen Kraft geben und ihr Sicherheitsgefühl fördern. Dabei spielt die Sprache eine wesentliche Rolle. So wirken sich die Vermeidung oder das Umgehen von befremdlichen Begriffen und negativen Suggestionen sowie die Nutzung einfacher und kurzer Sätze, entscheidend auf die Kinder aus und können einen positiven Einfluss auf ihre Gefühle nehmen (Bell et al., 2021; Bizzio et al., 2020).

Sowohl in den Beobachtungen als auch in den Interviews zeigte sich, dass das Personal mit Hilfe von Komplimenten zur Person und positiven Suggestionen das gute und ermutigende Gefühl suggerieren konnte, die anstehende Herausforderung meistern zu können. Dies wurde häufig mit Humor in den Gesprächen und Handlungen verbunden. Wenn das Personal diesen bei den Kindern adäquat treffen konnte, wurde die Situation aufgelockert und gemeinsames Lachen war möglich. Dies kann als spielerische Möglichkeit angesehen werden, um einen Zugang zum Kind zu bekommen und Vertrauen zu gewinnen (Bizzio et al., 2020). Keil und Kolleg*innen (2024) verweisen auf die Ablenkung, indem Gespräche über Hobbies begonnen werden. Der Gedanke an etwas, das Spaß und Freude bereitet, lenkt

ab und kann die Erfahrung ausgewogener gestalten (Bell et al., 2021). So versuchte auch das Personal den Fokus der Kinder auf bekannte und angenehme Themen zu verlagern. Persönliche Interessen, Hobbies, Schulfächer oder Pläne nach dem Krankenhausaufenthalt wurden vom Personal angesprochen und konnten so Gespräche weg vom Spital lotsen. Die Kinder wurden so motiviert, über sich selbst zu sprechen und zu zeigen, wer sie sind und was sie mögen. Das Personal suchte den Zugang zu den jungen Patient*innen auch über Traumreisen. So sollte der gedankliche Fokus auf schöne Dinge und Orte gelegt werden, wo sie später beim Träumen hinreisen möchten. Die Kinder durften sich jeden Ort, den sie wollten, aussuchen und das Personal ging darauf ein und stellte Fragen. So konnte es Interesse an der Person zeigen und gleichzeitig ein verbindendes Gespräch führen. Dies kann den Stress deutlich reduzieren, die Bewältigung positiv beeinflussen und auf angenehme und kindgerechte Weise Ablenkung schaffen (Löf et al., 2019).

Als einen Teil der nicht-medikamentösen Strategien des Personals zur Stressreduktion von Kindern im OP-Bereich nennen Bizzio et al. (2020) psychologische Interventionen wie Ablenkungstaktiken, Spieltherapie oder Denkaufgaben. Auch in dieser Untersuchung nutzte das Personal Ablenkungstechniken sowie Denkaufgaben, um die Kinder gedanklich aus unangenehmen Situationen herauszuholen. So wurden Wissensfragen dem Schulstand entsprechend gestellt, welche die Kinder zum Nachdenken anregten und vom Unangenehmen weglenkten. Über Bestätigung, Lob und Anerkennung konnten positive Gefühle vermittelt werden. Durch solche Ablenkungs- und Vorbereitungsprogramme kann auch der Bedarf an medikamentösen Maßnahmen deutlich gesenkt werden. Es hat sich dabei sogar gezeigt, dass nicht-medikamentöse Maßnahmen zur Vorbereitung von Kindern auf den perioperativen Prozess ebenso wirksam sein können, wie pharmakologische Eingriffe (Löf & Lönnqvist, 2022). Auch die Kinder in dieser Studie erhielten keine medikamentösen Interventionen bis zur Narkoseeinleitung im OP-Saal. Lediglich das jüngste teilnehmende Kind, welches bereits Vorerfahrungen mit der Anästhesie und Operationen hatte, bekam bereits im präoperativen Wartebereich bzw. AWR, auf Bitte von Kind und Mutter hin, ein Medikament verabreicht. Einigen Kindern wurde, im Rahmen des letzten Gesprächs vor dem Einschleusen, Medika-

mente zur Beruhigung angeboten, welche diese auch annehmen wollten, schlussendlich durch Zureden ihrer Eltern oder des Personals jedoch nicht bekamen. Dies wurde vorsätzlich damit begründet, dass sie dann den spannenden OP-Bereich nicht richtig erleben könnten. Jedoch war das im OP-Bereich vorhandene Ablenkungsangebot, sowie die Umgebungsgestaltung nicht immer altersgerecht oder interessant für die Teilnehmer*innen. Dies war eher auf kleinere Kinder ausgerichtet und konnte nicht ausreichend die Erwartungen von älteren Kindern und Jugendlichen treffen. Coyne und Conlon beschrieben bereits 2007, dass die Möglichkeiten zur Ablenkung häufig inadäquat sind. Doch der Bedarf und Wunsch nach altersgerechter Ablenkung besteht bei den Kindern, weshalb das Personal diese wichtige Rolle bekleidet (Sjöberg et al., 2015). Daher wurden ihnen unter anderem kleine Geschenke gemacht oder die Option gegeben, einen persönlichen Gegenstand wie ein Kuscheltier mit in den Bereich zu nehmen. Die Kinder fühlten sich mit ihren Interessen und Wünschen nach etwas zum Festhalten wahrgenommen und konnten so einen persönlichen Beschützer, Glücksbringer und Mutmacher im OP dabei haben. Dies diente sowohl der Ablenkung als auch dem Spiel und der Beschäftigung, um eine positive Atmosphäre zu fördern.

6.2. Theoretische Verortung der Ergebnisse in die CCC

Das Konzept der kindzentrierten Pflege [CCC], das Kindergesetz von 1989 und die UN-Konvention über die Rechte des Kindes betonen, wie wichtig es ist, Kindern zuzuhören und ihre Ansichten bei der Planung von Dienstleistungen und Entscheidungen zu berücksichtigen. Auch in der Vorbereitung auf eine Narkose und Operation ist es von Nöten, einen kindzentrierten Ansatz zu wählen, um die jungen Patient*innen optimal auf das bevorstehende, eindrückliche Erlebnis vorzubereiten (Fortier et al., 2009; Coyne et al., 2016; Rasmussen et al., 2017; Quaye et al., 2019; Vereinte Nationen, 1989). In einer Zeit, in der die Versorgung von Patient*innen aller Altersklassen sich jedoch auf Kosten- und Zeiteffizienz fokussiert und die Tendenz zu ambulanten Eingriffen geht, verbringt Gesundheitspersonal deutlich weniger Zeit mit diesen. So fällt auch der Kontakt zwischen dem Personal und Kindern, welche eine Narkose und Operation erhalten, und ihren Eltern kürzer aus. Dies führt in der Folge dazu, dass sich die Möglichkeiten der Kinder, sich auf den

perioperativen Prozess vorzubereiten, Fragen stellen zu können und ihre Gedanken und Sichtweisen einzubringen, ebenfalls verringern (Löf & Lönnqvist, 2022). Die Zeit, in der die Kinder in dieser Studie auf ihre Operation warteten und dabei die Möglichkeit hatten, mit potenziellen Fragen das Personal zu konsultieren, fiel auch gering aus. Durchschnittlich dauerte die Zeit vom Eintreffen in den Wartebereich bis zum Einschlafen im OP 40 Minuten.

Informationen werden im Vorfeld einer bevorstehenden Narkose und Operation bei Kindern in erster Linie und im Sinne eines familienzentrierten Ansatzes den Eltern gegeben. Diese sollen dann die erhaltenen Informationen an ihre Kinder weitergeben und die primären Aufklärungen auf Basis der engen Beziehung zwischen Kindern und Eltern innerhalb der Familie stattfinden (Coyne et al., 2016). Die Eltern verstehen unter Umständen selbst nicht alle erhaltenen Informationen oder bleiben mit offenen Fragen zurück, weshalb sie häufig das Internet und die Suchmaschine *Google* konsultieren, um mehr über die Narkose und Operation des Kindes zu erfahren. Die Onlineinformationen können jedoch unseriös und von mangelhafter Qualität sein und in der Folge Ängste und Unsicherheiten verstärken, was sich sowohl auf die Aufregung der Eltern als auch der Kinder auswirken kann (Kennedy & Howlin, 2022). Dies lässt sich zum Teil durch die vorliegende Untersuchung bestätigen. Vier Kinder wurden ambulant operiert und verließen noch am selben Tag das Krankenhaus. Bei neun der zehn Kinder fand die Aufklärung mit den Eltern oder einem Elternteil statt, wovon acht telefonisch durchgeführt wurden. Eltern berichteten während der Interviews mit ihren Kindern, dass sie die gegebenen Informationen teilweise nicht verstanden und nicht genau wussten, was sie ihren Kindern weitergeben sollten.

Als Kritikpunkt am familienzentrierten Pflegekonzept kann angeführt werden, dass innerhalb des darin vorherrschenden Verständnisses das Hauptaugenmerk auf den Eltern und deren Ansichten liegt und weniger auf den Kindern, um die es bei der Versorgung geht. Die Wahrnehmung der Eltern wird dann als die der gesamten Familie angenommen (Carter, 2020). Innerhalb eines kindzentrierten Ansatzes stehen dahingegen die Perspektiven, Interessen und Meinungen der Kinder im Zentrum und die Familie im Kontext dazu. Ihre Sichtweisen werden darin berück-

sichtigt und priorisiert. Die Interaktion mit den Kindern selbst wird in diesem Konzept als maßgeblich erkannt (ebd.; Coyne et al., 2016). Coyne et al. (2016) empfehlen daher den familienzentrierten in Richtung eines kindzentrierten Ansatzes neu auszurichten, um zu verhindern, dass Kinder von der Teilnahme an der Gesundheitsversorgung ausgeschlossen werden. Dabei sollten die Rechte von Kindern auf Beteiligung an der eigenen Gesundheitsversorgung in Verbindung mit den Bedürfnissen der Familie gesetzt werden. Sie weisen darauf hin, dass Informationen und Wissen rund um den Prozess, der die jungen Patient*innen direkt betrifft, auch direkt an diese gegeben werden sollte. Der Wunsch der Kinder nach mehr Wissen und Informationen zum Ablauf zeigt, dass sie sich häufig nicht ausreichend vorbereitet fühlen. Dies bestätigt sich in den Aussagen der Kinder in dieser Untersuchung. Die geringe gemeinsame Zeit vom gegenseitigen Kennenlernen bis zum Einschlafen wurde viel dafür genutzt, um Informationen bereitzustellen und zu erklären. So wird den Kindern jedoch wenig Raum geboten, um die erhaltenen Informationen verarbeiten und verinnerlichen zu können, was eine gelungene Involvierung von Kindern in den präoperativen Prozess vor eine Herausforderung stellt. Die jungen Patient*innen möchten sich in den Prozess einbringen, was für sie jedoch nur möglich ist, wenn sie über ausreichend Wissen und Vorbereitung verfügen, um ihre Sichtweise selbst entsprechend einordnen zu können (Sjöberg et al., 2015).

Das Personal stellt innerhalb des Settings Krankenhaus und OP-Bereich einen Teil des ökologischen Systems der Kinder dar und hat dementsprechend in jeder Interaktionshandlung einen relevanten Einfluss auf diese (Carter, 2020). Um dieser Rolle gerecht werden zu können, muss das Personal zwei unterschiedliche Perspektiven einnehmen – die für und auf das Kind und die des Kindes selbst. Erstere fokussiert das Wohl des Kindes und interpretiert Erfahrungen, Wahrnehmungen, Bedingungen und Handlungen dessen und richtet eigene Handlungen danach aus. Letztere bezieht sich auf die Innenansicht des Kindes selbst und was es für wichtig hält. So kann eine auf das Kind gerichtete Interaktion stattfinden, mit Interesse an dessen Welt und Ansichten (Löf et al., 2019; Sjöberg et al., 2015). In der Gesundheitsversorgung wird häufig der Fokus auf die Ablauf-orientierte Versorgung gesetzt, wodurch das Kind nicht immer im Zentrum des Interesses steht (Andersson et al., 2022). Dies konnte zum Teil auch im Rahmen dieser Erhebung beobachtet

werden. Das Personal richtete den Fokus nicht immer auf das Kind und legte diesen zum Teil auch an den Kindern vorbei auf die Eltern oder den Prozess selbst, was zu Frustration und negativen Gefühlen bei den jungen Patient*innen führte. Eine dem Kind zugewandte Haltung des Personals und der Einbezug in den Ablauf, Gespräche und Aufklärung, gab den Kindern wiederum das Gefühl, ein Teil der eigenen Versorgung zu sein, sich einbringen zu können und Fragen offen stellen zu dürfen. Die Involvierung von Kindern in den Prozess zeigt sich als multifaktorielles Geschehen und nimmt bei Gelingen einen durchaus positiven Einfluss auf die Anästhesie- und OP-Erfahrung der jungen Patient*innen.

Andersson et al. (2020) beschreiben, dass der Einbezug von Kindern ihre Sicherheits- und Kontrollgefühle stärken kann. Durch Zuwendung und Präsenz den Kindern gegenüber fassen sie Selbstvertrauen und beteiligen sich selbst offener und aktiver am Prozess (Andersson et al., 2022). Sie wünschen sich Raum zur Beteiligung, wollen aktiv mitwirken, die eigene Meinung teilen und bis zu einem gewissen Grad mitentscheiden können (Andersson et al., 2020; Coad et al., 2008; Coyne & Kirwan, 2012). So kann die Involvierung auch die Sorgen vor anästhesiologischen Interventionen, die auf die Kinder zukommen, reduzieren (Andersson et al., 2020). Die in den Ergebnissen identifizierten Phänomene *informiert werden*, *begleitet werden* und *gestärkt werden* zeigen, welche Rollen und Funktionen das Personal einnehmen kann, um Kinder in der präoperativen Phase zu involvieren und so ihr Erleben des perioperativen Prozesses bedeutend zu beeinflussen. Sie stärken die Kontrolle der Kinder und unterstützen sie physisch und psychisch im Prozess. Die Kinder erhalten Raum, um eigene Meinungen einbringen zu können und sich aktiv zu beteiligen, sofern sie dies möchten. Werden diese Rollen hingegen nicht oder unzureichend erfüllt, kann dies Frustration, Sorgen und Unwohlsein verstärken oder hervorrufen. Dies und wie die Involvierung durch das Personal aus Sicht der Kinder selbst abläuft, wurde so zusammenhängend in der Literatur bisher noch nicht erfasst. Eine gelungene Umsetzung von Involvierung orientiert sich darüber hinaus an einem kindzentrierten Ansatz, der die Kinder mit ihren eigenen Bedürfnissen berücksichtigt.

7. Stärken und Schwächen der Arbeit

Die vorliegende Studie zeichnet sich durch verschiedene Stärken und Schwächen aus. Die Auswahl der Studienteilnehmer*innen kann als Stärke erkannt werden. Die Gruppe war sehr heterogen und umfasste jeweils fünf Mädchen und fünf Jungen zwischen neun und vierzehn Jahren. Auch bildet die Arbeit verschiedene Fachabteilungen ab. Darüber hinaus hatte die Hälfte der Kinder Vorerfahrungen mit Operationen und Untersuchungen in Narkose. Eine weitere Stärke der Arbeit ist die Wahl der Datenerhebungsmethoden. Diese ermöglichten einen kindzentrierten Fokus und priorisierten die Wahrnehmung und Meinungen der jungen Patient*innen. Die Triangulation aus teilnehmender Beobachtung und sequenziellen Interviews erwies sich als erfolgreicher Weg zur Generierung von Daten und deren Verschmelzung miteinander. Die zeitliche Abfolge dieser Methoden ermöglichte zudem die kommunikative Validierung der Erkenntnisse aus den Beobachtungssequenzen durch die Kinder in den postoperativen Befragungen, sodass sie diese bestätigen, ergänzen oder korrigieren konnten. Im Rahmen der Interviews kamen auch kindgerechte visuelle Erzählstimuli in Form von Fotos des OP-Bereiches zum Einsatz, die den Kindern als gedankliche Stütze während des Erzählens dienten. Die Glaubwürdigkeit der Arbeit konnte weiters durch die genaue Beschreibung der Methoden und Vorgehensweise geschaffen werden. Die Datenauswertungsmethode kann als weitere Stärke hervorgehoben werden. Bei der reflexiven Grounded Theory wird die forschende Person selbst als Teil des Feldes wahrgenommen und bei der Auswertung berücksichtigt. Die Kinder erkannten mich während der Beobachtungen als bereits bekannte Person an und akzeptierten mich in der Rolle des Beobachters.

Meine eigene Rolle als Pflegefachperson in der Anästhesie muss sowohl als Stärke und als Schwäche bzw. Limitation der Untersuchung angeführt werden. Als Mitarbeiter erhielt ich einen sehr niederschweligen Zugang hinsichtlich der Rekrutierung und Genehmigungen zur Durchführung sowie hilfsbereite Unterstützung durch die Kolleg*innen in den Bereichen. Auch das Wissen zu Abläufen erwies sich als Vorteil bei der Erstellung von Beobachtungsnotizen und Interviewprotokoll und die Kinder hatten so ein gewisses Grundvertrauen zu mir. Jedoch erschwerte

meine Angehörigkeit zum Berufsfeld der Anästhesiepflege und die eigene Erfahrung mit der Kinder-Anästhesie die wertfreie und neutrale Sicht und Beobachtung auf das Geschehen. Dellwing und Prus (2012) beschreiben, dass die forschende Person innerhalb der interaktionistischen Ethnografie die eigene Erfahrung zurückhalten muss und möglichst unvoreingenommen in das Feld gehen sollte.

Die Untersuchung wurde in einem einzigen öffentlichen Krankenhaus durchgeführt. Zwar handelte es sich hierbei um ein Klinikum mit Maximalversorgung und verschiedenen Operationsbereichen für Kinder, dennoch könnten in anderen Spitälern oder Privatkliniken differenzierte Ergebnisse aufgrund von Infrastruktur, Abläufen oder Personalbindung geschlossen werden. Die räumliche Bauweise bzw. Raumstrukturen haben, wie sich in dieser Studie gezeigt hat, einen nennenswerten Einfluss auf die Kinder. So könnten Strukturen in anderen Häusern ebenfalls zu unterschiedlichen Ergebnissen führen. Die Auswahl der Studienteilnehmer*innen beschränkte sich außerdem nur auf Kinder mit elektiven Operationen oder Untersuchungen. Wie Kinder in Notfall- bzw. Akutsituationen involviert werden, konnte daher nicht erforscht werden. Auch Kinder, die große Operationen mit geplantem, anschließendem Aufenthalt auf der Intensivstation hatten, wurden in der Untersuchung nicht berücksichtigt.

Die Datenerhebungsmethode weist ebenfalls gewisse Limitationen auf. Das Personal, welches die Kinder versorgte, wusste, dass es beobachtet wird und hat dadurch gegebenenfalls anders gehandelt. So könnte mein Beisein als Beobachter die Situation beeinflusst haben. Zudem hätten auch alternative Erhebungsmethoden verwendet werden können. Heinzl (2012) verweist dazu auf Gruppendiskussionen, Kinderzeichnungen oder Videoaufzeichnungen und -analysen.

8. Implikationen und Schlussfolgerung

Die Zahl der Publikationen, welche die persönliche Sichtweise von Kindern sowie ihren Erfahrungen erheben, ist in den vergangenen Jahren zwar gestiegen, jedoch immer noch gering. So beschäftigen sich viele Veröffentlichungen mit Perspektiven auf die Kinder aus Sicht anderer Personen wie Eltern oder Angehörigen des Gesundheitswesens. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass es weiterer Forschung bedarf, welche die direkten Ansichten von Kindern im Krankenhaus erhebt. Besonders der Operationsbereich und der Kontakt mit der Anästhesie stellt für Kinder eine spezielle Situation und Herausforderung dar und sollte genauer betrachtet werden. So könnten die Sichtweisen von Kindern zu unterschiedlichen Zeitpunkten innerhalb des perioperativen Prozesses erhoben werden, um die möglicherweise verschiedenen Bedarfe von Kindern in besonderen Momenten der einzelnen Phasen perioperativ ermitteln zu können. Dies kann weitere Aufschlüsse darüber geben, wie und wann welche Art der Involvierung stattfinden sollte, um Kinder bestmöglich unterstützen zu können.

Darüber hinaus könnte ermittelt werden, wie eine Involvierung von Kindern aus Sicht des Gesundheitspersonals erfolgreich stattfindet. Ein Vergleich dieser Erkenntnisse mit den Sichtweisen der Kinder könnte dazu dienen, wissenschaftlich fundierte Interventionen und Empfehlungen für das Personal zu entwickeln, die mehr auf die Individualität, Wünsche und das Alter von Kindern ausgerichtet sind. Die Untersuchung von multiprofessionellen Ansätzen, bei denen an der Versorgung von Kindern beteiligte Berufsgruppen gemeinsam Lösungen zur Optimierung dieser erarbeiten, könnte die Forschung ebenfalls weiter vorantreiben. Die vorliegende Arbeit hat auch weiter den Blick dafür geöffnet, dass die interaktionistische Ethnografie sich methodisch als besonders passend für die Erforschung von Kindern und ihrer Lebenswelt erweist. Die aktive Teilnahme im Feld und der direkte Austausch mit den Kindern eröffnen die Sichtweisen der jungen Patient*innen und machen diese zugänglich. Die Ergebnisse der Arbeit können auch als Grundlage für größer angelegte Studien herangezogen werden, um die Reichweite und Aussagekraft der beschriebenen Involvierungsmethoden zu erhöhen. Hier können unter anderem quantitative Fragebogen-Untersuchungen oder Fall-Kontroll-Studien genannt werden.

Bei der Versorgung sollte nach einem kindzentrierten Ansatz stets das Kind im Mittelpunkt des Interesses stehen. Das Gesundheitspersonal muss sich darüber im Klaren sein, dass sich Kinder durch viele Aspekte des Krankenhausaufenthalts bedroht fühlen und Angst haben können. Das Pflegepersonal kann ein sicheres und unterstützendes Umfeld schaffen, um den Ängsten der Kinder zu begegnen und diese zu verringern, ihr Verständnis zu fördern und die allgemeine Bewältigung zu erleichtern. Um positive Erfahrungen der Kinder fördern zu können, sollte das Personal die Gefühlswelt der Kinder miteinbeziehen, auf ihre individuellen Wünsche eingehen und perioperative Informationen dem Alter und Entwicklungsstand des einzelnen Kindes anpassen. Gerade die Art und Weise sowie der Zeitpunkt der direkten Informationsvermittlung für die jungen Patient*innen sollte vom Personal immer kritisch hinterfragt werden. So stehen verschiedene Taktiken und Methoden zur Auswahl, um Wissen für die Kinder verständlich bereitzustellen.

Neben verbal vermittelten Informationen sollten mehr Sinne der Kinder für einen nachhaltigen Lernprozess und Wissenstransfer angeregt werden. Dabei kann gerade die visuelle Stimulation angeführt werden. Die Vorbereitung mit Bildmaterialien aus dem direkten Setting, welches die Kinder im Verlauf ihres perioperativen Aufenthaltes sehen werden, in Kombination mit altersgerechten Erklärungen kann Stress reduzieren, Sicherheit für Abläufe stärken und das Verständnis der jungen Patient*innen nachhaltig fördern. Als weitere Maßnahme könnte die Besichtigung des OP-Bereiches mit den Kindern im Vorfeld ihrer Narkose und Operation eine Möglichkeit sein, sich mit dem Ort vertraut zu machen, ohne Druck Fragen stellen zu können und so ein Verständnis für diesen aufzubauen.

Auch den Ausbau des Ablenkungsangebotes, welches in Bereichen vorhanden ist, in denen Kinder anästhesiologisch und operativ versorgt werden, voranzutreiben und zu überdenken, wäre eine wichtige Implikation, der sich die Praxis annehmen sollte. Dieses darf nicht nur die kleinen Kinder als Zielgruppe haben, sondern muss auch für ältere Kinder und Jugendliche interessant sein. So können Spiele und Bücher als klassische Ablenkungsmöglichkeiten genannt werden, jedoch auch die Anschaffung und Bereitstellung sogenannter *Fidget Toys* als Selbstregulierungsinstrumente zur Förderung von Entspannung oder technische Geräte wie Tablets

könnten angedacht werden. Auch die Mitnahme von kleinen persönlichen Gegenständen, wie Kuscheltieren, als Mutmacher oder Glücksbringer, könnte vor der Operation bereits angesprochen und angeregt werden.

Akteure des Gesundheitswesens sollten versuchen, die Krankenhaus- und OP-Umgebung durch die Augen von Kindern zu sehen und Maßnahmen ergreifen, diese in einen kindzentrierteren Ort zu verwandeln. Die Umgebungsgestaltung spielt für die jungen Patient*innen eine nennenswerte Rolle hinsichtlich Sicherheitsgefühlen oder ihrer Stimmung, was bei der Planung oder Neu- und Umstrukturierung von OP-Bereichen berücksichtigt werden muss. Die Schaffung eines kindzentrierten OP-Bereiches kann dem Entdeckungsdrang von Kindern begegnen und auf spielerische Weise als Ablenkungsmöglichkeit fungieren.

Das Wissen um die eigenen Rollen und die damit verbundene Wichtigkeit sowie die vorhandenen Möglichkeiten, Kinder zu involvieren, kann dem Personal Wege ebnen, diese aus kritischen Situationen abzuholen. Besonders über Humor oder das Interesse an der Lebenswelt der Kinder und Fragen zu ihren Träumen, Wünschen oder Plänen, können Kinder sich in eine auf sie abgestimmte Interaktion einbezogen fühlen. Eine bedeutende Intervention könnte zudem die Entwicklung eines Fortbildungsangebotes, sowohl für die direkten Gesundheitsdienstleister*innen, als auch für das Management auf Grundlage der Ergebnisse dieser Arbeit sein. So könnten direkte Lösungen an der Basis und bei Entscheidungsträgern niederschwellig vermittelt werden. Pflegende sollten sich regelmäßig hinterfragen, ob sie die Meinungen und Entscheidungen von Kindern berücksichtigen und einbeziehen und somit deren Involvierung erfolgreich gewährleisten. Besonders das anästhesiologische Personal ist dabei gefordert, da es die meiste Zeit in der direkten Nähe des Kindes bis zum Einschlafen im OP-Saal verbringt.

Diese qualitative Studie zeigt, dass die Sichtweise von Kindern einzigartig ist und bei Entscheidungsfindungen einbezogen werden muss, um eine kindzentrierte Versorgung gewährleisten zu können. Besonders das Personal nimmt überaus wichtige Rollen ein, um eine angemessene Involvierung der jungen Menschen erreichen zu können. Die Arbeit zeigt auf, wie Involvierung durch das Personal auf verschiedene Weisen stattfindet. Verläuft diese nicht entsprechend der Wünsche

und Bedürfnisse der Kinder, wirkt sich dies maßgeblich auf ihre Wahrnehmung der Situation aus.

Um die Kinder in den perioperativen Prozess involvieren zu können, ist das Wissen der Personen, die in diesem Bereich arbeiten, darüber erforderlich, wie die jungen Patient*innen gegebene Informationen verstehen und am besten verarbeiten können. Kinder wünschen sich unabhängig ihrer bisherigen Erfahrungen im Krankenhaus für sie verständliche und nachvollziehbare Aufklärungen und Einbezug, wenn es um sie betreffende Entscheidungen geht. Um Kinder adäquat in ihren Gesundheitsprozess zu involvieren, muss das Personal vielfältige Rollen einnehmen und die jungen Patient*innen in das Zentrum der Versorgung stellen.

Literaturverzeichnis

Andersson, L., Almerud Österberg, S., Johansson, P. & Knutsson, S. (2022). The interplay between children, their parents and anaesthesia staff during the child's anaesthesia - An observational study. *Journal of Clinical Nursing*, 31(15-16), 2240-2251. DOI: 10.1111/jocn.16042

Andersson, L., Karlsson, K., Johansson, P. & Almerud Österberg, S. (2020). I'm afraid! Children's experiences of being anesthetized. *Pediatric Anesthesia*, 30(9), 998-1005. DOI: 10.1111/pan.13931

Bartholomeyczik, S. & Schrems, B. (2018). Pflegeforschungsethik. In Brandenburg, H., Panfil, E.-M., Mayer, H. & Schrems, B. (Hrsg.). *Pflegewissenschaft 2 - Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung* (S. 235-258). 3. vollst. überarb. u. erw. Aufl. (2007). Bern: Hogrefe Verlag.

Bell, E., Dodd, M., Sommerfield, D., Sommerfield, A. & von Ungern-Sternberg, B.S. (2021). Kids voices: Exploring children's perspective of tonsillectomy surgery. *Pediatric Anesthesia*, 31(12), 1368-1370. DOI: 10.1111/pan.14288

Bessell, S. (2011). Participation in decision-making in out-of-home care in Australia: What do young people say? *Children and Youth Services Review*, 33(4), 496-501. DOI: 10.1016/j.childyouth.2010.05.006

Bizzio, R., Cianelli, R., Villegas, N., Hooshmand, M., Robinson, M., Hires, K.A. & Stathas, A. (2020). Exploring non-pharmacological management among anesthesia providers to reduce preoperative distress in children. *Journal of pediatric nursing*, 50, 105-112. DOI: 10.1016/j.pedn.2019.11.005

Breuer, F., Muckel, P. & Dieris, B. (2019). *Reflexive Grounded Theory. Eine Einführung für die Forschungspraxis*. 4. durchg. u. akt. Aufl. (2009). Wiesbaden: Springer VS.

Brüsemeister, T. (2008). *Qualitative Forschung: Ein Überblick*. 2. überarb. Aufl. (2000). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Burns, N., & Grove, S.K. (2005). *Pflegeforschung verstehen und anwenden*. München: Elsevier Verlag, Urban & Fischer.

Campbell, S., Greenwood, M., Prior, S., Shearer, T., Walkem, K., Young, S., Bywaters, D. & Walker, K. (2020). Purposive sampling: complex or simple? Research case examples. *Journal of research in Nursing*, 25(8), 652-661. DOI: 10.1177/1744987120927206

Carter, B. (2020). Pflegemodelle kritisch hinterfragt. *JuKiP - Fachmagazin für Gesundheits-und Kinderkrankenpflege*, 9(03), 111-114. DOI: 10.1055/a-1141-7058

Chorney, J.M. & Kain, Z.N. (2009). Behavioral analysis of children's response to induction of anesthesia. *Anesthesia & Analgesia*, 109(5), 1434-1440. DOI: 10.1213/ane.0b013e3181b412cf

Coad, J., Flay, J., Aspinall, M., Bilverstone, B., Coxhead, E. & Hones, B. (2008). Evaluating the impact of involving young people in developing children's services in an acute hospital trust. *Journal of Clinical Nursing*, 17(23), 3115-3122. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2008.02634.x

Coyne, I. (2006a). Children's experiences of hospitalization. *Journal of Child Health Care*, 10(4), 326-336. DOI: 10.1177/1367493506067884

Coyne, I. (2006b). Consultation with children in hospital: children, parents' and nurses' perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 15(1), 61-71. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2005.01247.x

Coyne, I. & Conlon, J. (2007). Children's and young people's views of hospitalization: 'It's a scary place'. *Journal of Children's and Young People's Nursing*, 1(1), 16-21. DOI: 10.12968/jcyn.2007.1.1.23302

Coyne, I., Hallström, I. & Söderbäck, M. (2016). Reframing the focus from a family-centred to a child-centred care approach for children's healthcare. *Journal of Child Health Care*, 20(4), 494-502. DOI: 10.1177/1367493516642744

Coyne, I. & Kirwan, L. (2012). Ascertaining children's wishes and feelings about hospital life. *Journal of Child Health Care*, 16(3), 293-304. DOI: 10.1177/1367493512443905

Dellwing, M. & Prus, R. (2012). *Einführung in die interaktionistische Ethnografie: Soziologie im Außendienst*. Wiesbaden: Springer VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Fringer, A. & Schrems, B. (2018). Qualitative Designs. In Brandenburg, H., Panfil, E.-M., Mayer, H. & Schrems, B. (Hrsg.). *Pflegewissenschaft 2 - Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung* (S. 73-92). 3. vollst. überarb. u. erw. Aufl. (2007). Bern: Hogrefe Verlag.

Fortier, M.A., Chorney, J.M., Rony, R.Y.Z., Perret-Karimi, D., Rinehart, J.B., Camilon, F.S. & Kain, Z.N. (2009). Children's desire for perioperative information. *Anesthesia and Analgesia*, 109(4), 1085-1090. DOI: 10.1213/ane.0b013e3181b1dd48

Fuhs, B. (2012). Kinder im qualitativen Interview - Zur Erforschung subjektiver kindlicher Lebenswelten. In Heinzl, F. (Hrsg.). *Methoden der Kindheitsforschung. Ein Überblick über Forschungszugänge zur kindlichen Perspektive* (S. 80-103). 2. überarb. Aufl. (2000). Weinheim u. Basel: Beltz Juventa.

Hackmann, T., Haworth, R.A., Hong, P., Gillespie, J. & Chorney, J. (2017). Accuracy of children's perioperative memories. *AORN Journal*, 105(6), 605-612. DOI: 10.1016/j.aorn.2017.04.002

Heath, C., Bavich, P., Sommerfield, A. & von Ungern-Sternberg, B.S. (2023). Kids Voices, the perioperative experience of emergency surgery from children's perspectives: A qualitative study. *Patient Education and Counseling*, 110, 107674. DOI: 10.1016/j.pec.2023.107674

Heinzel, F. (2012). Qualitative Methoden in der Kindheitsforschung – Ein Überblick. In Heinzl, F. (Hrsg.). *Methoden der Kindheitsforschung. Ein Überblick über Forschungszugänge zur kindlichen Perspektive* (S. 22-35). 2. überarb. Aufl. (2000). Weinheim u. Basel: Beltz Juventa.

Kallmeyer, W. & Schütze, F. (1976). Konversationsanalyse. In: *Studium Linguistik*. Kronberg/Ts.: Scriptor.

Keil, O., Nickel, K. & Wiegandt, H. (2024). Anästhesie bei Kindern. In Koppert, W., Eiß, M., Nitschmann, S., Rabenbauer, S. & Liehn, M. (Hrsg.). *ATA-Lehrbuch* (S. 723-739). Springer, Berlin, Heidelberg.

Kennedy, M. & Howlin, F. (2022). Preparation of children for elective surgery and hospitalisation: A parental perspective. *Journal of Child Health Care*, 26(4), 568-580. DOI: 10.1177/13674935211032804

Kirk, S. (2007). Methodological and ethical issues in conducting qualitative research with children and young people: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 44(7), 1250-1260. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2006.08.015

Köhlen, C. & Kubanski, D. (2008). Kinder auf der Intensivstation oder „Angst gehört unvermeidlich zu unserem Leben“. *intensiv*, 16(01), 4-8. DOI: 10.1055/s-2007-963756

Kortesluoma, R.L., Hentinen, M. & Nikkonen, M. (2003). Conducting a qualitative child interview: methodological considerations. *Journal of Advanced Nursing*, 42(5), 434-441. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2003.02643.x

Körtner, U. H. J. (2017). *Grundkurs Pflegeethik*. 3. akt. Aufl. (2004). Wien: Facultas Verlag.

Lambert, V., Coad, J., Hicks, P. & Glacken, M. (2014). Social spaces for young children in hospital. *Child: Care, Health and Development*, 40(2), 195-204. DOI: 10.1111/cch.12016

Livesley, J. & Long, T. (2013). Children's experiences as hospital in-patients: Voice, competence and work. Messages for nursing from a critical ethnographic study. *International Journal of Nursing Studies*, 50(10), 1292-1303. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2012.12.005

Lööf G, Andersson-Papadogiannakis N. & Silén C. (2019). Children's own perspectives demonstrate the need to improve paediatric perioperative care. *Nursing Open*, 6(4), 1363–1371. DOI: 10.1002/nop2.332

Lööf, G. & Lönnqvist, P.A. (2022). Role of information and preparation for improvement of pediatric perioperative care. *Pediatric Anesthesia*, 32(5), 600-608. DOI: 10.1111/pan.14419

Machotta, A. (2010). Das unkooperative Kind in der Einleitung - Ursachen, Risikofaktoren und Möglichkeiten zur Stressvermeidung. *AINS - Anästhesiologie·Intensivmedizin Notfallmedizin Schmerztherapie*, 45(06), 378-382. DOI: 10.1055/s-0030-1255343

Mayer, H. (2022). *Pflegeforschung anwenden - Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung*. 6. überarb. Aufl. (2007). Wien: facultas Verlag.

Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung: eine Anleitung zu qualitativem Denken*. 6. überarb. Aufl (2002). Weinheim: Beltz.

Mey, G. (2003). *Zugänge zur kindlichen Perspektive. Methoden der Kindheitsforschung*. Forschungsberichte aus der Abteilung Psychologie im Institut für Sozialwissenschaften der Technischen Universität Berlin, 1. DOI: 10.23668/psycharchives.8808

Mey, G. & Schwentesius, A. (2019). Methoden der qualitativen Kindheitsforschung. In Hartnack, F. (Hrsg.). *Qualitative Forschung mit Kindern. Herausforderungen, Methoden und Konzepte*. (S. 3-47). Wiesbaden: Springer VS.

Nagl-Cupal, M. (2011). „Den eigenen Beitrag leisten“: Krankheitsbewältigung von Angehörigen auf der Intensivstation. Hungen: hpsmedia.

National Institute on Drug Abuse [NIDA] (2021). Good Clinical Practice. Abgerufen am 10.07.2024 unter: <https://gcp.nidatrainig.org/resources>

Nelson, L.P., Lachman, S.E., Li, S.W. & Gold, J.I. (2019). The effects of family functioning on the development of posttraumatic stress in children and their parents following admission to the PICU. *Pediatric critical care medicine*, 20(4), e208-e215. DOI: 10.1097/PCC.0000000000001894

Przyborski, P. & Wohlrab-Sahr, M. (2009). *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. 2., korr. Aufl (2008). München: Oldenburg Verlag.

Quaye, A.A., Coyne, I., Söderbäck, M. & Hallström, I.K. (2019). Children's active participation in decision-making processes during hospitalisation: An observational study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(23-24), 4525-4537. DOI: 10.1111/jocn.15042

Rasmussen, S., Water, T. & Dickinson, A. (2017). Children's perspectives in family-centred hospital care. *Contemporary Nurse*, 53(4), 445-455. DOI: 10.1080/10376178.2017.1315829

Salmela, M., Aronen, E.T. & Salanterä, S. (2011). The experience of hospital-related fears of 4- to 6-year-old children. *Child: Care, Health and Development*, 37(5), 719-726. DOI: 10.1111/j.1365-2214.2010.01171.x

Sbaraglia, F., Cuomo, C., Della Sala, F., Festa, R., Garra, R., Maiellare, F., Micci, D.M., Posa, D., Pizzo, C.M., Pusateri, A., Spano, M.M., Lucente, M. & Rossi, M. (2024). State of the Art in Pediatric Anesthesia: A Narrative Review about the Use of Preoperative Time. *Journal of Personalized Medicine*, 14(2), 182. DOI: 10.3390/jpm14020182

Schulz, M. (2014). Ethnografische Beobachtung. In Tillmann, A., Fleischer, S. & Hugger, K.-U. (Hrsg.) *Handbuch Kinder und Medien* (S. 225-235). Wiesbaden: Springer VS.

Sjöberg, C., Amhliden, H., Nygren, J.M., Arvidsson, S. & Svedberg, P. (2015). The perspective of children on factors influencing their participation in perioperative care. *Journal of Clinical Nursing*, 24(19-20), 2945-2953. DOI: 10.1111/jocn.12911

Stålberg, A., Sandberg, A. & Söderbäck, M. (2016). Younger children's (three to five years) perceptions of being in a health-care situation. *Early Child Development and Care*, 186(5), 832-844. DOI: 10.1080/03004430.2015.1064405

Strauss, A. & Corbin, J. (1996). *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. Mannheim: Psychologie Verlags Union.

Vereinte Nationen (1989). Convention on the Rights of the Child. *Treaty Series*, 1577(3), 1-23.

Vogl, S. (2021). Mit Kindern Interviews führen: Ein praxisorientierter Überblick. In Hedderich, I., Reppin, J. & Butschi, C. (Hrsg.). *Perspektiven auf Vielfalt in der frühen Kindheit. Mit Kindern Diversität erforschen* (S. 142-157). 2. durchges. Aufl. (2019). Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.

Wennström, B., Hallberg, L.R.M. & Bergh, I. (2008). Use of perioperative dialogues with children undergoing day surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 96-106. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04581.x

Winterberg, A.V., Lane, B., Hill, L.M. & Varughese, A.M. (2022). Optimizing pediatric induction experiences using human-centered design. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 37(1), 48-52. DOI: 10.1016/j.jopan.2021.03.001

Witzel A. (1985). Das problemzentrierte Interview. In: Jüttemann G. (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie: Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder* (S. 227-255). Weinheim: Beltz

von Zepelin, L.A. (2017). Ein Loch im Leben. *intensiv*, 25(03), 124-131. DOI: 10.1055/s-0043-103073

Anhang

Anhang 1: Informed Consent Eltern

Anhang 2: Informed Assent 8-10-Jährige

Anhang 3: Informed Assent 11-14-Jährige

Anhang 4: Beobachtungsprotokoll

Anhang 5: Interviewleitfaden

Anhang 1: Informed Consent Eltern

Erziehungsberechtigteninformation¹ und Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der klinischen Studie

Involvierung von Kindern und das Erleben der präoperativen Phase - Eine qualitative Studie

Sehr geehrte Eltern, sehr geehrte Erziehungsberechtigte, sehr geehrter Erziehungsberechtigter!

Diese Studie wird im Rahmen des Masterstudiengangs Pflegewissenschaft des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Wien hier [REDACTED] von [REDACTED] (im Folgenden als wissenschaftlicher Mitarbeiter erwähnt) durchgeführt. Dieses Informationsschreiben soll Sie darüber näher informieren.

Ihre Teilnahme sowie die Ihres Kindes an dieser klinischen Studie erfolgt freiwillig. Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen aus der Studie ausscheiden. Die Ablehnung der Teilnahme oder ein vorzeitiges Ausscheiden aus dieser Studie hat keine nachteiligen Folgen für die medizinische und pflegerische Betreuung Ihres Kindes.

Klinische Studien sind notwendig, um verlässliche neue medizinische und pflegerische Forschungsergebnisse zu gewinnen. Unverzichtbare Voraussetzung für die Durchführung einer klinischen Studie ist jedoch, dass Sie Ihr Einverständnis zur Teilnahme an dieser klinischen Studie schriftlich erklären. Bitte lesen Sie den folgenden Text als Ergänzung zum Informationsgespräch mit dem wissenschaftlichen Mitarbeiter der Studie sorgfältig durch und zögern Sie nicht, Fragen zu stellen.

Bitte unterschreiben Sie die Einwilligungserklärung nur,

wenn Sie Art und Ablauf der klinischen Studie vollständig verstanden haben,

wenn Sie bereit sind, der Teilnahme zuzustimmen und

wenn Sie sich über Ihre Rechte als Teilnehmer an dieser klinischen Studie im Klaren sind.

Zu dieser klinischen Studie sowie zur Erziehungsberechtigteninformation und Einwilligungserklärung wurde von der zuständigen Ethikkommission eine befürwortende Stellungnahme abgegeben.

¹ Wegen der besseren Lesbarkeit wird im weiteren Text zum Teil auf die gleichzeitige Verwendung weiblicher und männlicher Personenbegriffe verzichtet. Gemeint und angesprochen sind – sofern zutreffend – immer beide Geschlechter.

1. Was ist der Zweck der klinischen Studie?

Der Zweck dieses Forschungsprojektes ist es, die Erfahrungen und das Erleben von Kindern zwischen acht und 14 Jahren in der Zeit vor einer geplanten Operation zu beleuchten. Bisherige Forschungsarbeiten zur Thematik beschäftigen sich zumeist mit den Erfahrungen der Kinder aus der Sicht von Erwachsenen. Deshalb zielt diese Studie darauf ab, die Sichtweise, das Erleben und das Verständnis der Kinder selbst in den Mittelpunkt zu stellen.

2. Wie läuft die klinische Studie ab?

Diese klinische Studie wird an der Univ. Klinik für Anästhesie, Allg. Intensivmedizin und Schmerztherapie durchgeführt und es werden insgesamt zehn Kinder daran teilnehmen.

Ihre Teilnahme an dieser klinischen Studie wird pro Kind voraussichtlich insgesamt drei Stunden auf drei Tage verteilt dauern.

Folgende Maßnahmen werden ausschließlich aus Studiengründen durchgeführt:

Während dieser klinischen Studie wird der wissenschaftliche Mitarbeiter zum Zeitpunkt des Aufklärungsgespräches zur Narkose sowie am Tag der Operation Ihres Kindes bevor diese stattfindet, bis zum Zeitpunkt, an dem Ihr Kind im Operationssaal einschläft, anwesend sein. Dabei wird er jeweils eine teilnehmende Beobachtung durchführen und sich zu diesen Beobachtungen Notizen machen. Die Beobachtungen konzentrieren sich auf die Sichtweise des Kindes. Die erste Beobachtung findet beim Aufklärungsgespräch statt und es wird darauf geachtet, ob Ihrem Kind die bevorstehenden Ereignisse und Schritte zur Operation verständlich erklärt, Fragen beantwortet werden und wie auf das Kind altersgerecht eingegangen wird. In der zweiten Beobachtungseinheit, am Tag der Operation, geht es um die Erlebnisse des Kindes. Hier wird die Kommunikation, das Eingehen des Personals auf das Kind und die Geschehnisse um es herum fokussiert. Diese Beobachtung findet im Operationsbereich statt und erstreckt sich bis zu Einschlafen Ihres Kindes im Operationssaal.

Am Tag nach der Operation kommt der wissenschaftliche Mitarbeiter Ihr Kind und Sie auf der Station besuchen, um ein Gespräch mit Ihrem Kind über das Erlebte von der Operation zu führen. Dabei wird danach gefragt, woran sich Ihr Kind alles erinnern kann und was es so erlebt hat bis zum Einschlafen. Die Fragen beziehen sich auf die Kommunikation mit Ihrem Kind, welche Personen anwesend waren, was in den einzelnen Räumen so los war und wie es die ganze Situation empfunden hat. Außerdem werden Rückfragen aus den Beobachtungen gestellt. Das Gespräch ist nicht als Testung, sondern vielmehr als Erforschung der persönlichen Erlebnisse Ihres Kindes, zu verstehen.

Die Beobachtungen dauern ungefähr 30 - 60 Minuten und das Gespräch ungefähr 15 - 45 Minuten.

Das Gespräch soll mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet werden, um das Gesprochene später wörtlich verschriftlichen zu können. Die Aufnahmen werden auf einem sicheren und passwortgeschützten Computer in einem extra gesicherten Ordner

abgespeichert und bis zur Verschriftlichung der Ergebnisse aufbewahrt. Danach werden sie unwiderruflich gelöscht.

3. Worin liegt der Nutzen einer Teilnahme an der Klinischen Studie?

Es ist nicht zu erwarten, dass Sie oder Ihr Kind aus Ihrer Teilnahme an dieser klinischen Studie gesundheitlichen Nutzen ziehen werden.

Mit den gewonnenen Erkenntnissen lassen sich jedoch Möglichkeiten und Ergebnisse ableiten, wie der Umgang mit Kindern vor einer Operation verbessert werden und man diese altersgerechter auf eine bevorstehende Operation vorbereiten und sie in ihrem Erleben besser unterstützen kann.

4. Gibt es Risiken, Beschwerden und Begleitscheinungen?

Es ist nicht davon auszugehen, dass sich die Forschungsarbeit in irgendeiner Art und Weise negativ auf Sie oder Ihr Kind auswirkt, sein* ihr Wohlergehen hat aber stets oberste Priorität. Während des Gesprächs kann jederzeit eine Pause eingelegt, ein neuer Termin für das Gespräch vereinbart oder die Forschungsteilnahme ganz beendet werden.

5. Zusätzliche Einnahme von Arzneimitteln?

Die Einnahme von (zusätzlichen) Arzneimitteln ist in der Studie nicht vorgesehen.

6. Hat die Teilnahme an der klinischen Studie sonstige Auswirkungen auf die Lebensführung und welche Verpflichtungen ergeben sich daraus?

Die Teilnahme hat keine Auswirkungen auf die Lebensführung und es ergeben sich hieraus keine Verpflichtungen.

7. Was ist zu tun beim Auftreten von Symptomen, Begleitscheinungen und/oder Verletzungen?

Symptome, Begleitscheinungen und/oder Verletzungen im Zusammenhang mit dieser Studie sind nicht zu erwarten. Sollten im Verlauf der klinischen Studie irgendwelche Symptome, Begleitscheinungen oder Verletzungen auftreten, müssen Sie diese dem behandelnden Arzt mitteilen, bei schwerwiegenden Begleitscheinungen umgehend.

8. Versicherung

Eine Versicherung ist nicht von Nöten und somit nicht vorgesehen.

9. Wann wird die klinische Studie vorzeitig beendet?

Sie oder Ihr Kind können jederzeit, auch ohne Angabe von Gründen, Ihre Teilnahmebereitschaft oder die Ihres Kindes widerrufen und aus der klinischen Studie ausscheiden, ohne dass Ihrem Kind hierdurch irgendwelche Nachteile für die weitere medizinische Betreuung entstehen.

Ihr Studienarzt oder der wissenschaftliche Mitarbeiter wird Sie über alle neuen Erkenntnisse, die in Bezug auf diese klinische Studie bekannt werden und für Sie

wesentlich werden könnten, umgehend informieren. Auf dieser Basis können Sie dann Ihre Entscheidung zur **weiteren** Teilnahme Ihres Kindes an dieser klinischen Studie neu überdenken.

Es ist aber auch möglich, dass Ihr Studienarzt oder der wissenschaftliche Mitarbeiter entscheidet, die Teilnahme Ihres Kindes an der klinischen Studie vorzeitig zu beenden, ohne vorher Ihr Einverständnis einzuholen. Die Gründe hierfür können sein:

Sie können den Erfordernissen der klinischen Studie nicht entsprechen;

Ihr Studienarzt oder der wissenschaftliche Mitarbeiter hat den Eindruck, dass eine weitere Teilnahme an der klinischen Studie nicht in Ihrem Interesse ist.

10. Datenschutz

Im Rahmen dieser klinischen Studie werden Daten über Sie und Ihr Kind erhoben und verarbeitet. Es ist grundsätzlich zu unterscheiden zwischen

- 1) jenen personenbezogenen Daten, anhand derer eine Person direkt identifizierbar ist (z.B. Name, Geburtsdatum, Adresse, Sozialversicherungsnummer, Bildaufnahmen...),
- 2) pseudonymisierten personenbezogenen Daten, das sind Daten, bei denen alle Informationen, die direkte Rückschlüsse auf die konkrete Person zulassen, entweder entfernt, durch einen Code (z. B. eine Zahl) ersetzt oder (z.B. im Fall von Bildaufnahmen) unkenntlich gemacht werden. Es kann jedoch trotz Einhaltung dieser Maßnahmen nicht vollkommen ausgeschlossen werden, dass es unzulässigerweise zu einer Re-Identifizierung kommt.
- 3) anonymisierten Daten, bei denen eine Rückführung auf die konkrete Person ausgeschlossen werden kann.

Zugang zu den Daten, anhand derer Sie oder Ihr Kind direkt identifizierbar sind (siehe Punkt 1), haben der Prüfarzt und andere Mitarbeiter des Studienzentrums, die an der klinischen Studie oder Ihrer medizinischen Versorgung mitwirken. Zusätzlich können autorisierte und zur Verschwiegenheit verpflichtete Beauftragte des Sponsors (Medizinische Universität Wien) sowie Beauftragte von in- und/ oder ausländischen Gesundheitsbehörden und jeweils zuständige Ethikkommissionen in diese Daten Einsicht nehmen, soweit dies für die Überprüfung der ordnungsgemäßen Durchführung der klinischen Studie notwendig bzw. vorgeschrieben ist. Sämtliche Personen, die Zugang zu diesen Daten erhalten, unterliegen im Umgang mit den Daten den jeweils geltenden nationalen Datenschutzbestimmungen und/oder der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

Der Code, der eine Zuordnung der pseudonymisierten Daten zu Ihrer Person oder der Ihres Kindes ermöglicht, wird nur an Ihrem Studienzentrum aufbewahrt.

Eine Weitergabe der Daten erfolgt nur in pseudonymisierter oder anonymisierter Form.

Für etwaige Veröffentlichungen werden nur die pseudonymisierten oder anonymisierten Daten verwendet.

Im Rahmen dieser klinischen Studie ist keine Weitergabe von Daten in Länder außerhalb der EU (Drittland) vorgesehen.

Ihre Einwilligung bildet die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten. Sie können die Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit ohne Begründung widerrufen. Nach Ihrem Widerruf werden keine weiteren Daten mehr über Sie erhoben. Die bis zum Widerruf erhobenen Daten können allerdings weiter im Rahmen dieser klinischen Studie verarbeitet werden.

Nach der DSGVO stehen Ihnen grundsätzlich die Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragbarkeit und Widerspruch zu, soweit dies die Ziele der klinischen Studie nicht unmöglich macht oder ernsthaft beeinträchtigt und soweit dem nicht andere gesetzliche Vorschriften widersprechen.

Die voraussichtliche Dauer der klinischen Studie ist ungefähr ein Jahr. Die Dauer der Speicherung Ihrer Daten über das Ende oder den Abbruch der klinischen Studie hinaus ist durch Rechtsvorschriften geregelt.

Falls Sie Fragen zum Umgang mit Ihren Daten in dieser klinischen Studie haben, wenden Sie sich zunächst an Ihren Prüfarzt oder den wissenschaftlichen Mitarbeiter. Diese können Ihr Anliegen ggf. an die Personen, die für den Datenschutz verantwortlich sind, weiterleiten.

Kontaktadressen der Datenschutzbeauftragten der an dieser klinischen Studie beteiligten Institutionen:

Datenschutzbeauftragte/r der MedUni Wien: datenschutz@meduniwien.ac.at

Datenschutzverantwortliche/r [REDACTED]: [datenschutz@\[REDACTED\]](mailto:datenschutz@[REDACTED])

Sie haben das Recht, bei der österreichischen Datenschutzbehörde eine Beschwerde über den Umgang mit Ihren Daten einzubringen (www.dsb.gv.at; E-Mail: dsb@dsb.gv.at).

11. Entstehen für die Teilnehmer Kosten? Gibt es einen Kostenersatz oder eine Vergütung?

Durch Ihre Teilnahme an dieser klinischen Studie entstehen für Sie keine zusätzlichen Kosten.

Eine Vergütung Ihres Zeitaufwandes ist nicht vorgesehen.

12. Möglichkeit zur Diskussion weiterer Fragen

Für weitere Fragen im Zusammenhang mit dieser klinischen Studie stehen Ihnen Ihr Studienarzt und seine Mitarbeiter gern zur Verfügung. Auch Fragen, die Ihre Rechte sowie die Rechte Ihres Kindes als Patient und Teilnehmer an dieser klinischen Studie betreffen, werden Ihnen gerne beantwortet.

Name der Kontaktperson: [REDACTED]

Ständig erreichbar unter: [REDACTED]

[REDACTED]

Name der Kontaktperson: [REDACTED]

Erreichbar unter: [REDACTED]

[REDACTED]

Name der Kontaktperson: [REDACTED]

Erreichbar unter: [REDACTED]

13. Sollten andere behandelnde Ärzte von der Teilnahme an der klinischen Studie informiert werden?

Eine Information für andere behandelnde Ärzte ist nicht nötig.

14. Einwilligungserklärung

Name des Erziehungsberechtigten:

Geb.-Datum:

Name des Kindes:

Geb.-Datum:

Ich erkläre mich bereit, an der klinischen Studie *Involvierung von Kindern und das Erleben der präoperativen Phase - Eine qualitative Studie* teilzunehmen und der Teilnahme meines Kindes zuzustimmen. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich oder mein Kind die Teilnahme ohne nachteilige Folgen, insbesondere für unsere medizinische Betreuung, ablehnen können.

Ich und mein Kind sind von [REDACTED] ausführlich und verständlich über die klinische Studie, mögliche Belastungen und Risiken, sowie über Wesen, Bedeutung und Tragweite der klinischen Studie und die sich für mich daraus ergebenden Anforderungen aufgeklärt worden. Ich habe darüber hinaus den Text dieser Erziehungsberechtigtenaufklärung und Einwilligungserklärung, die insgesamt 7 Seiten umfasst, gelesen. Aufgetretene Fragen wurden mir vom wissenschaftlichen Mitarbeiter verständlich und zufriedenstellend beantwortet. Ich

hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden. Ich habe zurzeit keine weiteren Fragen mehr.

Ich werde den ärztlichen Anordnungen, die für die Durchführung der klinischen Studie erforderlich sind, Folge leisten, behalte mir und meinem Kind jedoch das Recht vor, meine oder die meines Kindes, freiwillige Mitwirkung jederzeit zu beenden, ohne dass uns daraus Nachteile, insbesondere für die medizinische Betreuung meines Kindes, entstehen.

Ich stimme ausdrücklich zu, dass meine und die meines Kindes im Rahmen dieser klinischen Studie erhobenen Daten wie im Abschnitt „Datenschutz“ dieses Dokuments beschrieben verarbeitet werden.

Eine Kopie dieser Erziehungsberechtigteninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim wissenschaftlichen Mitarbeiter.

.....
(Datum und Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

.....
(Datum, Name und Unterschrift des wissenschaftlichen Mitarbeiters)

.....
(Datum, Name und Unterschrift eines verantwortlichen Arztes)

(Der Erziehungsberechtigte erhält eine unterschriebene Kopie der Erziehungsberechtigteninformation und Einwilligungserklärung, das Original verbleibt im Studienordner des wissenschaftlichen Mitarbeiters.)

Anhang 2: Informed Assent 8-10-Jährige

Information zum Forschungsprojekt

Erlebnisse und Erfahrungen von Kindern in der Anästhesie

Liebe/r!

Wenn Kinder im Krankenhaus sind, brauchen sie manchmal eine Operation. Damit sie von der Operation nichts mitbekommen, erhalten sie zum Schlafen eine Narkose. Davor treffen sie auch ganz viele Leute, wie zum Beispiel Pflegepersonen, Ärzte oder Ärztinnen und sie sehen ganz spezielle Zimmer vom Krankenhaus, die nicht jeder sehen darf, wie dem OP-Bereich oder dem Aufwachraum. Da du eines von diesen Kindern bist, würde ich gern mit deiner Hilfe herausfinden, was du da alles so siehst, hörst und erlebst!

Wenn du mitmachen magst, würde ich bereits dabei sein, wenn ein Arzt zu dir und deinen Eltern kommt und dir genau erklärt, wie das alles so läuft bei deiner Operation. Als nächstes werde ich am Operationstag kurz vor deiner Operation in einem der ersten Zimmer schon auf dich warten. Ab da werde ich zuschauen, was da so alles passiert. Ich werde dabei auch niemanden stören und mir nur ein paar Sachen aufschreiben, damit ich mir auch ganz viel merken kann. Ich möchte ganz genau wissen, was passiert, bis du dann einschläfst.

Ein bisschen später dann am Abend oder am nächsten Tag würde ich dich dann gerne auf der Station in deinem Zimmer besuchen kommen. Da möchte ich dir dann ein paar Fragen stellen – so ähnlich wie ein Interview im Fernsehen. Du kannst dann einfach das antworten, was dir grade einfällt. Es gibt dabei keine falschen oder blöden Antworten. Ich mag alles wissen, was du erzählen magst. Deine Mama oder dein Papa dürfen natürlich die ganze Zeit dabei sein, wenn du das möchtest. Damit du dich besser erinnerst und mir ein paar Dinge zeigen kannst, bringe ich auch ein paar Bilder und andere Sachen mit zum Gespräch. Unser Gespräch würde ich mit einem Aufnahmegerät aufnehmen, damit ich auch ja nichts danach vergesse. Später schreibe ich das, was wir besprochen haben, dann am Computer ab. Danach lösche ich die Aufnahme sofort.

Falls du Lust hast mitzumachen, kannst du jederzeit Fragen stellen oder sagen, wenn dir etwas nicht gefällt. Wir können immer eine Pause machen oder auch ganz aufhören, wenn du das möchtest. Du kannst es dir auch jederzeit anders überlegen, das macht überhaupt nichts. Alles, was du mir über deine Erlebnisse erzählst, wird von mir vor anderen Leuten gut geschützt. Niemand außer uns beiden kann dann wissen, dass du das gesagt hast.

Mit deiner Hilfe kann ich hoffentlich mehr darüber herausfinden, wie es Kindern im Krankenhaus und besonders vor einer Operation so geht! So können es die Leute, die hier arbeiten beim nächsten Mal vielleicht noch besser machen!

Hast du die Informationen verstanden?



Weißt du, dass du jederzeit noch einmal nachfragen darfst?



Weißt du, dass du jederzeit eine Pause machen darfst?



Weißt du, dass du jederzeit aufhören darfst, wenn du keine Lust mehr hast?



Möchtest du mitmachen?



Darf ich das Gespräch aufnehmen?



Dein Name ist: _____

Dein Geburtstag ist am: _____

Bitte unterschreibe hier:

Unterschrift Projektmitarbeiter:

Unterschrift

verantwortliche*r Arzt/Ärztin:

Kontaktpersonen des Studienteams:

Name der Kontaktperson: _____

Ständig erreichbar unter: _____

Name der Kontaktperson: _____

Erreichbar unter: _____

Name der Kontaktperson: _____

Erreichbar unter: _____

Anhang 3: Informed Assent 11-14-Jährige

Information zum Forschungsprojekt

Erlebnisse und Erfahrungen von

Kindern in der Anästhesie

Liebe/r!

Mein Name ist Alex und ich bin Student des Masterstudiengangs Pflegewissenschaft an der Universität Wien und mache für meinen Studienabschluss ein Forschungsprojekt, über das ich dich hiermit gerne näher informieren möchte. In dem Forschungsprojekt geht es um die Erfahrungen von Kindern mit der Anästhesie im Krankenhaus. Wenn Kinder im Krankenhaus sind, brauchen sie manchmal eine Operation. Damit sie davon nichts mitbekommen, erhalten sie zum Schlafen eine Narkose. Während der Zeit, bevor sie einschlafen und die Operation im Operationssaal losgehen kann, warten sie manchmal noch kurz im Aufwachraum. In diesen beiden Bereichen treffen sie auf verschiedene Berufsgruppen, wie zum Beispiel Pflegepersonen, Ärztinnen oder Ärzte. Da du eines von diesen Kindern bzw. Jugendlichen bist, möchte ich mit deiner Hilfe herausfinden, wie du die direkte Zeit vor der Operation erlebst und empfindest.

Wenn du beim Forschungsprojekt mitmachen magst, würde ich bereits bei dem ärztlichen Aufklärungsgespräch in deinem Zimmer dabei sein und dann am Tag deiner Operation schon im Aufwachraum auf dich warten. Dabei werde ich jeweils zuschauen, was alles um dich herum passiert und welche Personen zu dir kommen und mit dir reden. Dabei halte ich mich eher im Hintergrund auf und mache mir Notizen, dass ich mir auch möglichst viele Dinge gut merken kann. Ich bleibe dabei, bis du dann eingeschlafen bist. Im nächsten Schritt würde ich gerne am Tag nach deiner Operation zu dir auf dein Zimmer kommen und ein Interview mit dir führen. Dabei werde ich dir ein paar Fragen, zu dem was du vor dem Einschlafen alles erlebt hast, stellen. Du kannst einfach das antworten, was dir gerade einfällt. Es gibt keine falschen oder blöden Antworten. Deine Eltern dürfen natürlich

bei dem Gespräch dabei sein, wenn du das möchtest. Ich bringe auch Sachen oder Bilder mit, die du im Operationsbereich gesehen haben könntest, dass du mir auch dazu etwas erzählen kannst, falls dir dazu etwas einfällt.

Das Interview wird circa 30 Minuten dauern, ich werde es mit einem Aufnahmegerät aufnehmen und später verschriftlichen. Wenn ich das alles dann aufgeschrieben habe, lösche ich die Aufnahmen sofort wieder.

Alles, was du mir erzählst, wird nur für wissenschaftliche Zwecke verwendet. Deine persönlichen Daten werden gut vor anderen geschützt. Die Ergebnisse der Forschung werden mit veränderten Namen oder Details über dich als Person im Rahmen meiner Masterarbeit veröffentlicht. Niemand wird also wissen, dass du mir das erzählt hast. Die Teilnahme am Forschungsprojekt ist natürlich freiwillig. Du hast immer die Möglichkeit, eine Pause zu machen, einen neuen Termin auszumachen oder deine Meinung zu ändern und ganz aufzuhören. Du musst diese Entscheidung auch nicht begründen und sie wird keine schlechten Auswirkungen auf dich haben. Wenn du Fragen hast, kannst du oder deine Eltern mich jederzeit kontaktieren. Auch wenn die Beobachtung und das Interview stattfinden, darfst du mir immer Fragen stellen.

Mit deiner Hilfe kann ich hoffentlich mehr darüber herausfinden, wie es Kindern und Jugendlichen im Krankenhaus und besonders vor einer Operation so geht!



Hast du die Informationen verstanden?

☐☐

Weißt du, dass du jeder Zeit noch einmal nachfragen darfst?

☐☐

Weißt du, dass du jeder Zeit eine Pause machen darfst?

☐☐

Weißt du, dass du jeder Zeit aufhören darfst?

☐☐

Möchtest du mitmachen?

☐☐

Darf ich das Interview aufnehmen?

☐☐

Dein Name ist: _____

Dein Geburtstag ist am: _____

Bitte unterschreibe hier:

Unterschrift Projektmitarbeiter:

Unterschrift

verantwortliche*r Arzt/Ärztin:

Kontaktpersonen des Studienteams:

Name der Kontaktperson: _____

Ständig erreichbar unter: _____

Name der Kontaktperson: _____

Erreichbar unter: _____

Name der Kontaktperson: _____

Erreichbar unter: _____

Anhang 4: Beobachtungsprotokoll

Ort, Zeit	Beobachtungen	Kontext-Informationen	Methodische Notizen und Rollen-Reflexionen	Theoretische Notizen
Wo befinde ich mich zu welchem Zeitpunkt?	Wie werden Kinder im präoperativen Prozess als eigenständige Personen adressiert sowie involviert und welche Bedeutung hat dies für ihr Erleben der perioperativen Phase? Beobachtungsschwerpunkte: • Soziale Handlungen (wer, wie, was, wann, wie viel, wo, warum?) • Handelnde Personen (wer verhält sich wie, Reaktionen auf soziale Handlungen) • Handlungsraum (wie gestaltet sich die Handlung im Raum?) Zusätzliche Leitfragen zur Beobachtung: Wie sieht das Feld aus? Welche genauen Abläufe gibt es? Wer tut was und wie mit wem? Gibt es Routinen? Gibt es besondere Ereignisse? Welche Konstellationen gibt es? Gibt es hervorgehobene Personen mit höherer Kontakthäufigkeit, besonderen Befugnissen? Gibt es Personen, die kaum/nicht kontaktiert werden? Wie ist die Art des Kontaktes? Gibt es Gruppenbildungen und Grenzziehungen? Gibt es Hinweise auf relevante Beziehungen zu Personen/Einrichtungen außerhalb des unmittelbaren Feldes?	Durch welche Rahmenbedingungen, z. B. familiärer Art, Erkrankungssituation, Alter, Geschlecht, etc. oder durch welche vor dem Untersuchungszeitraum liegenden Abläufe wird das Feld mitbestimmt?	Wie ist meine Rolle als Forscher im Feld? Haben Beobachtungen im Feld bestimmte methodische Konsequenzen?	Wie lässt sich das bisher Beobachtete in vorläufiger Weise theoretisch fassen? Welche Zusammenhänge deuten sich an?

Przyborski, P. & Wohlrab-Sahr, M. (2009). *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. München/Oldenburger: De Gruyter Verlag. (S. 63).

Anhang 5: Interviewleitfaden

Vielen Dank, dass du dir Zeit nimmst und ich mit dir sprechen darf! Wie du ja schon weißt, spreche ich mit Kindern, die hier im Krankenhaus eine Operation hatten und möchte wissen, wie das so für dich war. Ganz besonders würde ich gerne mehr darüber wissen, wie sich die Pfleger*innen und Ärzt*innen um die gekümmert haben. Ich nehme das Gespräch mit einem Aufnahmegerät auf, damit ich mich später an alles gut erinnern kann, wenn ich das aufschreibe. Dein Name wird dann geändert. Niemand weiß, dass du mir das erzählt hast. Ich war zwar auch dabei, aber ich möchte gerne wissen, wie du das so fandest und erlebt hast. Am Anfang von unserem Gespräch werde ich dir eine Frage stellen und du kannst einfach mal alles erzählen so lange du magst. Später werde ich dann noch ein paar Sachen fragen, zum Beispiel, wenn mich etwas besonders interessiert oder ich etwas vielleicht nicht verstanden habe. Manchmal schreibe ich mir dazu etwas auf, damit ich nachher keine Frage vergesse. Ganz wichtig: Alles was du mir erzählen möchtest, ist interessant für mich und es gibt keine falschen oder blöden Antworten. Wenn du nicht mehr weitererzählen magst, können wir jederzeit aufhören. Bevor wir anfangen, hast du noch Fragen an mich?

1. Einstiegsfrage: Also dann würde ich dich bitten, dass du mir einmal erzählst, wie für dich die Zeit vor der Operation so war – wie ist es dir ergangen und was ist alles passiert? *(Eingangserzählung nicht unterbrechen.)*

2. Immanente erzählgenerierende Strategien: Du hast erzählt, dass ...

*Im großen Zimmer wo du gewartet hast war es so – wie war es denn dann im OP?
Im OP war es... - wie war es dann im großen Zimmer wo du gewartet hast so?
Mögliche Fragen:* Wer war denn noch da? Was haben die Personen so gemacht und gesagt? Bitte erzähl mir darüber noch mehr ...

3. Exmanente Nachfragen:

ggf. Aufklärungsgespräch: (Foto „Zimmer Aufklärung“) - Ich war ja vor der Operation mal bei dir und da hat ja ein/e Arzt/Ärztin mit dir und deinen Eltern gesprochen. Erzähl doch mal, wie war denn das Gespräch für dich? - *Mögliche Fragen:* Wie

hast du dich da gefühlt? Hast du da alles verstanden, was dir erzählt wurde? Was hast du nicht verstanden? Hat der/die Arzt/Ärztin mit dir oder eher mit deinen Eltern gesprochen? Ich habe dabei beobachtet, dass ... – Wie war das für dich?

Aufwachraum präoperativ: (Foto „Aufwachraum“) - *Mögliche Fragen:* Was siehst du auf dem Foto? Kannst du dich an die Leute erinnern, die vor der OP alle bei dir waren? Wer war das denn so? Wie haben die geheißen? Was haben die so gemacht? Was haben die so zu dir gesagt? War das gut/schön für dich? Wie hast du dich dabei gefühlt? Wie hast du dich vor der Operation gefühlt? Hast du alles verstanden, was die dir erzählt haben oder hätten sie dir das lieber anders erzählen sollen? Ich habe beobachtet, dass ... - Wie war das für dich?

Weg in den OP - (Foto „OP-Gang“) - *Mögliche Fragen:* Was siehst du auf dem Foto? Wer war da bei dir? Was hat dir die Person dabei so erzählt? Ich habe beobachtet, dass ... - Wie war das für dich?

OP-Saal - (Foto „OP-Saal“) - Was siehst du auf dem Foto? - *Mögliche Fragen:* Wie war das denn dann im Operationssaal für dich? An was / wen erinnerst du dich? Welche guten Erinnerungen hast du an deine Operation? Warum gut/schön? Welche weniger guten Erinnerungen hast du an deine Operation? Warum weniger gut/schön? Ich habe beobachtet, dass ... - Wie war das für dich?

Zeitpunkt des Interviews - Wie geht es dir jetzt? Glaubst du, dass Operationen gut sind? - Warum?

Reflexion: *Mögliche Fragen:* Wie geht es Kindern wie dir vor einer Operation? Könnte man die wichtigen Sachen besser verständlich erklären? Wie? Was müssten die Leute die hier arbeiten machen, dass Kinder sich vor einer Operation wohler fühlen? Hast du einen Tipp für die Leute, die hier arbeiten?

4. Abschluss: Fällt dir sonst noch etwas ein, was du mir gerne erzählen möchtest?

Ganz, ganz großen Dank, dass du mitgemacht hast! Deine Erzählungen haben mir sehr geholfen!

5. Notizen: ...

Kurzfassung

Hintergrund: Eine Operation ist für Kinder eine stressvolle Erfahrung. Sie finden sich in einer unbekannten Situation und vor verschiedene Herausforderungen gestellt wieder. Sie erleben unterschiedliche Gefühle und werden von ihren Eltern getrennt. Das Personal im Operationsbereich nimmt eine wichtige Rolle ein und kann die Kinder bei der Bewältigung des perioperativen Prozesses unterstützen.

Ziel: Ziel der Masterarbeit war es, zu erforschen, wie Kinder im präoperativen Prozess involviert werden und welche Bedeutung dies für ihr Erleben hat.

Methode: Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein qualitativer, interaktionistisch-ethnografischer Ansatz gewählt. Die Kombination aus teilnehmenden Beobachtungen und sequenziellen Interviews trug dazu bei, unterschiedliche Perspektiven auf die Involvierung von Kindern in den präoperativen Prozess und deren Erfahrungen kurz vor einer anstehenden Operation zu generieren. Die Grounded Theory Methodologie diente als Ansatz für die Auswertung der Daten.

Ergebnisse: Zehn Kinder zwischen neun und vierzehn Jahren konnten für die Teilnahme an der Studie gewonnen werden. Die jungen Patient*innen finden sich kurz vor einer Narkose im Operationsbereich *in einer fremden Welt* wieder. Dort treffen sie in ungewohnter Umgebung mit befremdlichem Equipment auf unbekannte Personen und werden mit einer kontroversen Situation konfrontiert. Das dort arbeitende Personal wendet verschiedene Strategien an, um die Kinder im präoperativen Prozess zu involvieren. Wenn die Kinder informiert, begleitet und gestärkt werden, wirkt sich dies maßgeblich auf ihr Erleben der Gesamtsituation aus.

Schlussfolgerung: Die Involvierung von Kindern in ihre eigene Gesundheitsversorgung wirkt sich maßgeblich auf ihr Erleben aus. Die Pflege nimmt im perioperativen Prozess vielfältige und bedeutende Rollen für die jungen Patient*innen ein. So gilt es diese ins Zentrum der Aufmerksamkeit zu stellen und ihre Sichtweisen zu berücksichtigen. Die Interaktionsmöglichkeiten sind vielfältig, müssen jedoch stets altersgerecht sein.

Schlüsselwörter: Anästhesie, Erleben, kindliche Perspektive, Involvierung, präoperative Phase

Abstract

Background: Undergoing surgery is a particularly stressful experience for children. They find themselves in an unfamiliar situation and faced with several challenges. The young patients have to deal with different feelings and are separated from their parents. The staff in the operating theatre plays an important role and can support them in coping with the perioperative process.

Aim: The purpose of this Master's thesis was to explore how children are currently involved as individuals in their pre-operative process and what this means for their experience.

Method: A qualitative, interactionist-ethnographic approach was chosen to answer the research question. The combination of participant observation and sequential interviews helped to generate different perspectives on the involvement of children in the preoperative process and their experiences shortly before an upcoming procedure. Grounded theory methodology was used as an approach for data analysis.

Results: Ten children between the ages of nine and fourteen were recruited to participate in the study. Just before going under anesthesia in the operating theatre, the young patients find themselves in an unknown world. They meet unfamiliar people in unfamiliar surroundings with unfamiliar equipment and are confronted with a controversial situation. The staff uses a variety of strategies to involve children in the pre-operative process. When children are informed, supported and empowered, it has a significant impact on their experience of the overall situation.

Conclusion: The involvement of children in their own healthcare has a significant impact on their experience. Nurses take on a variety of important roles for young patients within the perioperative process. It is therefore crucial to place them at the centre of attention and take their views into account. The opportunities for interaction are diverse but must always be age-appropriate.

Keywords: anesthesia, experience, a child's perspective, involvement, preoperative phase