

# **Pflegende Ehefrauen in häuslichen Pflegearrangements**

## **Phänomenologische Studie zur Situation im Oberwallis**

Erarbeitet von: Schmidt Nicole  
Neue Simplonstrasse 34  
3900 Brig

Kurs: Bachelor 09

Unter Begleitung von: Prof. Dr. phil. Stephan Dorschner

Visp, den 23.07.2012

## Danksagung

*„Es gibt auf der Welt kaum ein schöneres Übermaß als das der Dankbarkeit.“*

(Jean de la Bruyère)

Zuerst möchte ich den pflegenden Ehefrauen herzlich danken, die bereit waren in einem Interview offen über ihren Pflegealltag zu erzählen. Ohne sie hätte die vorliegende Forschungsarbeit nicht entstehen können.

Zudem möchte ich mich an dieser Stelle bei Herrn Stephan Dorschner für die wertvolle Begleitung der vorliegenden Arbeit bedanken. Ein weiteres Dankeschön geht an Frau Renata Jossen, die mich ebenfalls unterstützt hat. Auch möchte ich Herrn Fernando Carlen danken, der es ermöglicht hat, dieses Projekt in Zusammenarbeit mit der Fachhochschule Jena durchzuführen.

Ich möchte mich auch bei meiner Familie, meinen Kolleginnen und meinem Freund Reto Schumacher bedanken, die mich immer sehr unterstützt und motiviert haben. Ein herzliches Dankeschön geht an Frau Karin Kreuzer für die formale Überprüfung der Bachelorarbeit und die hilfreichen Tipps.

## Zusammenfassung

Pflegende Angehörige nehmen eine zentrale Rolle in der ambulanten Versorgung von pflegebedürftigen und chronisch kranken Personen ein. Häufig übernehmen die Ehefrauen die Pflege zuhause. Dank der Unterstützung der Angehörigen können die pflegebedürftigen Menschen länger zuhause leben. Es gibt keine Literatur, wie Angehörige im Oberwallis die Pflege zuhause erleben. Daher ist das Ziel dieser Arbeit, herauszufinden wie pflegende Ehefrauen im Oberwallis als Hauptpflegepersonen den Pflegealltag erleben.

In der vorliegenden Arbeit kam ein phänomenologisch interpretativ-hermeneutischer Ansatz zur Anwendung. Die Autorin führte sechs biographisch-narrative Interviews mit pflegenden Ehefrauen durch und analysiert diese in Anlehnung an das Analyseschema von Diekelmann. (1992).

Das Hauptthema ist: „Es ist wahrscheinlich für beide ein langer, langer Weg.“ Die Frauen beschreiben, dass die Übernahme der Pflege ein langer Weg ist. Es braucht viel Zeit, bis sie sich daran gewöhnt haben. Die Frauen versuchen jeden Tag das Beste daraus zu machen.

Weitere zentrale Themen sind: „Es hat sich für mich das ganze Leben verändert“, „Die guten Zeiten hat man auch gehabt“, „Dass man nicht mehr kommunizieren kann miteinander“, „Allein geht einfach gar nichts mehr“, „Alle Hilfe annehmen“.

Für die pflegenden Ehefrauen hat sich das ganze Leben verändert. Die Übernahme der Pflege hat Auswirkungen auf die Beziehung zu ihrem Ehemann, auf das soziale Netz und auf die Freizeit. Die Frauen erfahren eine vielfältige Unterstützung durch Familie, Freunde, Nachbarn und durch professionelle Dienste.

Die Ergebnisse sind für professionell Pflegende wichtig, da sie die pflegenden Ehefrauen nur optimal unterstützen können, wenn sie wissen, was diese benötigen. So können die Pflegefachpersonen die pflegenden Ehefrauen zum Beispiel an Beratungsstellen und Entlastungsangebote verweisen.

Zukünftig sollten mehr Studien zum Genderaspekt pflegende Angehörige durchgeführt werden. In der vorliegenden Studie wird nicht zwischen Untergruppen, wie medizinische Diagnose der Ehemänner oder dem Pflegebedarf unterschieden. Ausserdem könnte man in weiterführenden Forschungen näher auf Interventionen bezüglich Unterstützung und Entlastung durch Pflegefachpersonen eingehen. Die Arbeit dient als Grundlage für weitere Forschungen im Bereich Pflegende Angehörige.

**Schlüsselwörter:** pflegende Angehörige – pflegende Ehefrauen – häusliche Pflege – erleben – chronische Krankheiten

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung.....</b>	<b>1</b>
1.1 Problembeschreibung .....	1
1.2 Fragestellung .....	4
1.3 Zielsetzung .....	4
<b>2. Theoretischer Bezugsrahmen .....</b>	<b>5</b>
2.1 Pflegende Angehörige .....	5
2.2 Lebenswelt.....	6
2.3 Familien- und Umweltbezogene Pflege nach Marie-Luise Friedemann .....	8
2.4 Pflege-theoretische Aspekte chronischer Krankheiten .....	11
2.4.1 Definition und Einteilung der Stadien einer chronischen Krankheit nach Corbin und Strauss.....	13
<b>3. Methodenbeschreibung .....</b>	<b>15</b>
3.1 Forschungsdesign.....	15
3.2 Gütekriterien .....	16
3.3 Ethische Aspekte .....	16
3.4 Stichprobenbildung .....	17
3.5 Datensammlung.....	17
3.6 Datenanalyse .....	19
<b>4. Ergebnisse.....</b>	<b>21</b>
4.1 Beschreibung des Pflegearrangements .....	21
4.1.1 Situationsbeschreibung Frau F1 .....	23
4.1.2 Situationsbeschreibung Frau F2.....	24
4.1.3 Situationsbeschreibung Frau F3.....	24
4.1.4 Situationsbeschreibung Frau F4.....	25
4.1.5 Situationsbeschreibung Frau F5.....	25
4.1.6 Situationsbeschreibung Frau F6.....	26
4.2 Hauptthemen .....	27
4.2.1 „Es ist wahrscheinlich für beide ein langer, langer Weg“ .....	27
4.2.2 „Es hat sich für mich das ganze Leben verändert“ (Rhythmus).....	27
4.2.3 „Die guten Zeiten hat man auch gehabt“ (Beziehung).....	29
4.2.4 „Dass man nicht mehr kommunizieren kann miteinander“ (Kommunikation).....	31
4.2.5 „Allein geht einfach gar nichts mehr“ (Pflegealltag).....	31
4.2.6 „Alle Hilfe annehmen“ (Unterstützung).....	33
4.2.7 Darstellung der Ergebnisse als Grafik.....	36

<b>5. Diskussion.....</b>	<b>38</b>
5.1 Beantwortung der Forschungsfrage .....	38
5.2 Kritische Würdigung der Arbeit.....	41
5.3 Überlegungen zu den Gütekriterien .....	42
<b>6. Schlussfolgerungen.....</b>	<b>44</b>
6.1 Empfehlungen für die Pflegepraxis .....	44
6.2 Empfehlungen für die Pflegeausbildung und die Pflegeweiterbildung.....	45
6.3 Empfehlungen für die Pflegeforschung .....	46
<b>7. Literaturverzeichnis .....</b>	<b>47</b>
<b>8. Anhang.....</b>	<b>.....</b>

# 1. Einleitung

## 1.1 Problembeschreibung

Jeden Tag kümmern sich Millionen Angehörige um hilfs- und pflegebedürftige Familienmitglieder (Büker, 2009). Ohne die Angehörigen wäre eine Versorgung pflegebedürftiger Menschen in häuslicher Umgebung, allein durch professionelle Dienste, nicht leistbar (Georg, 2009).

Die Angehörigenpflege wird in Deutschland von etwa 1.1 Mio. Menschen ausgeführt, welche Angehörige pflegen, die im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes pflegebedürftig sind. Die tatsächliche Zahl liegt höher (Pfaff, 2011). Die durchschnittliche Dauer des Pflegebedarfs liegt bei 8.2 Jahren, mit einem wöchentlichen Betreuungsaufwand von durchschnittlich 35 Stunden pro Pflegearrangement (Schneekloth & Leven, 2003).

In der Schweiz gibt es rund 220'000 bis 250'000 Laien, welche ihre Angehörigen zuhause pflegen (Egger, 2007). Im Vergleich zu Deutschland liegt die Dauer des Pflegebedarfs in der Schweiz bei 5.3 Jahren mit einer durchschnittlichen Betreuung von 41 Stunden pro Woche (Perrig-Chiello, Höpflinger & Schnegg, 2010).

In Deutschland sind 18.4% der pflegenden Angehörigen Ehepartner/innen, welche in häuslichen Pflegearrangements tätig sind (Döhner, Kofahl, Lüdecke & Mnich, 2007). Die Ehepartner/innen machen in der Schweiz mit 54% den größten Anteil in der Angehörigenpflege aus (Perrig-Chiello et al., 2010).

Statistische Zahlen zu pflegenden Angehörigen und im Besonderen zu pflegenden Ehefrauen im Wallis fehlen. Laut Perrig-Chiello et al., (2010) beanspruchen im Wallis 13% der zuhause lebenden Personen im Alter von 65 und älter spitalexterne Pflege (Spitex), wie viele von ihnen auch von Angehörigen gepflegt werden, ist unklar.

Das häufigste Motiv für die Übernahme der Betreuung des Angehörigen ist die emotionale Bindung. Kofahl (2010) führte mit 5923 pflegenden Angehörigen in Europa Interviews. 94% gaben die emotionale Bindung als Motiv für die Übernahme der Pflege an. Ein oft genannter Grund ist die soziale Verpflichtung. Weitere Motive, um die Pflege eines Angehörigen zu übernehmen, können sein: persönlich-moralische Verpflichtung, die Betreuung gibt ein gutes Gefühl, keine Alternative zur Verfügung, keine bewusste Entscheidung, religiöse Überzeugung oder finanzielle Gründe (Büker, 2009; Höpflinger & Hugentobler, 2005; Perrig-Chiello et al., 2010).

Die pflegenden Angehörigen nehmen in Zukunft noch eine wichtigere Funktion in der ambulanten Versorgung ein. Ein Grund für die Wichtigkeit der Angehörigenpflege ist der demografische Wandel (Höpflinger & Hugentobler, 2005).

Der Anteil an älteren Menschen wird weiter zunehmen (Höpflinger, Bayer-Oglesby & Zumbrunn, 2011). Nicht zuletzt wegen der Einführung des Fallpauschalen-Systems (DRG) in den Krankenhäusern kommen neue Herausforderungen auf den ambulanten Bereich zu. Durch die DRG gibt es kürzere Spitalaufenthalte, was eine intensivere, ambulante pflegerische Betreuung zur Folge hat. Diese Nachbetreuung wird oftmals von Angehörigen übernommen (Grötz, 2011; Rumpf, 2007).

Von der häuslichen Pflege profitieren 8% der Schweizer zwischen 75 und 79 Jahren. Das Verhältnis steigt auf 14% bei den 80- bis 84-Jährigen und auf 23% bei den über 85-Jährigen (Martignoni, Dupuis, Joray, Coppex-Gasche & Von Kaenel Claivaz, 2010).

Dank der Unterstützung pflegender Angehöriger können die Pflegebedürftigen trotz ihres Hilfebedarfs ein weitgehend selbstständiges und selbstbestimmtes Leben in den eigenen vier Wänden führen (Büker, 2009). In den meisten Fällen sind zwei Personen in der Betreuung eines pflegebedürftigen Angehörigen beteiligt, in mehr als 30% ist es eine Person, die zuständig ist und die Hauptverantwortung im häuslichen Pflegearrangement übernimmt. Die Hauptpflegeperson wird meistens von den engsten Familienangehörigen wahrgenommen. In insgesamt 28% ist es der Ehepartner/in, welche/r diese Funktion einnimmt. Insgesamt 73% der Hauptpflegepersonen von Pflegebedürftigen sind weiblich (Schneekloth & Leven, 2003).

Navaie-Waliser, Spriggs und Feldman (2002) führten mit 4874 pflegenden Angehörigen als Hauptpflegeperson Interviews. Pflegerische Frauen übernehmen häufiger komplexe Aufgaben, wie Verbandswechsel oder Hilfe bei medizinischen Geräten als Männer. Frauen haben eher eine höhere Belastung, durch finanzielle Instabilität und soziale Isolation zu erkranken. Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind besonders bei Frauen ausgeprägt: Drei Viertel der pflegenden Frauen erkranken mindestens an einer Krankheit (Adler, Gunzelmann, Machold, Schumacher & Wilz, 1996). Viele pflegerische Ehefrauen stehen im Berufsleben und haben Kinder. 47% der pflegenden Ehefrauen haben ihr Arbeitspensum aufgrund der Pflege reduziert. 41% der pflegenden Ehefrauen gaben ihren Job aufgrund des Pflegearrangements auf (Perrig-Chiello et al., 2010).

Um die Pflege zuhause zu ermöglichen, wird oft die informelle Hilfe mit der formellen Hilfe vernetzt. Die formellen Strukturen sind unter anderem die Spitex, Tages- und Nachtstrukturen und Leistungen der Alters- und Pflegeheime. In der Schweiz greifen mehr als 69% der Personen, die von ihrem sozialen Netzwerk unterstützt werden, auf Leistungen von Spitex-Organisationen zurück (Höpflinger & Hugentobler, 2005; Martignoni et al., 2010).

Die professionelle Pflege spielt dabei in Zukunft eine wichtige Rolle. Sie kann die Angehörigen durch Beratung und Schulung stärken (Büker, 2009; Gensluckner & Holzer, 2005; Perrig-Chiello et al., 2010; Wenger, 2009). Damit das professionelle Hilfsangebot nach den Bedürfnissen der pflegenden Angehörigen ausgerichtet werden kann, braucht es vor allem den Einbezug der Familienbiografie. Die Familien- und Umweltbezogene Pflege nach Friedemann könnte hier der Pflege durch den Einbezug der Familiendynamik, der Familienkonzepte, der Struktur, Funktion und der Rolle und Aufgaben Hilfe bieten (Friedemann & Köhlen, 2003).

Die Familie ist für die Gesellschaft der Mittelpunkt unserer Lebenserfahrungen und der Ursprung unserer ersten kulturellen und emotionalen Erfahrungen. Die Familie stellt für pflegebedürftige Menschen und ihre pflegenden Angehörigen Lebenswelt dar (Handel, 2003).

Vorhergegangene oder gegenwärtige gravierende Veränderungen der Lebenssituation, wie der Eintritt von Pflegebedürftigkeit, werden von den Angehörigen als Unterbrechung lebensweltlicher Erfahrungen angesehen. Vertraute Routinen werden dabei in Frage gestellt oder brechen zusammen. Neue Strategien müssen entwickelt oder angepasst werden, um die Kontinuität ihrer Lebenswelt und die persönliche Identität aufrechtzuerhalten. Die Möglichkeiten, diese Veränderungen zu meistern, sind ganz unterschiedlich und begrenzt, durch die Einbindung in die konkrete Situation. Folglich kann die Veränderung der Lebenswelt nicht möglich sein, und es können Depressionen, Hilflosigkeit und Zweifel am Sinn des Lebens auftreten (Zeman, 1988). Als weitere Folgen lang andauernder Pflegebedürftigkeit beschreibt Lademann (2007) ausgeprägte physische, psychische, soziale und finanzielle Belastungen für pflegende Angehörige.

Zum Erleben der Pflege und der Lebenswelt von pflegenden Ehefrauen im Oberwallis gibt es zurzeit keine Berichte. Auch zu den Belastungen und Auswirkungen der häuslichen Pflege steht keine Literatur zur Verfügung. Es ist wichtig die Situation im Oberwallis zu untersuchen, da in der Praxis auf keine Ergebnisse zurückgegriffen werden kann. Da die Angehörigenpflege in Zukunft immer bedeutsamer wird, ist es für Pflegefachpersonen wichtig zu wissen, wie die pflegenden Ehefrauen ihre Lebenswelt sehen und was wichtig für sie ist.



## 1.2 Fragestellung

Wie erleben pflegende Ehefrauen als Hauptpflegeperson den Pflegealltag im Oberwallis?

## 1.3 Zielsetzung

Die Autorin hat das Ziel mit der vorliegenden Arbeit zu verstehen und zu beschreiben, wie pflegende Ehefrauen im Oberwallis als Hauptpflegeperson die häusliche Pflege erleben. Mit diesem Wissen können professionelle Pflegefachpersonen, Betroffene gezielt unterstützen, so zum Beispiel aus der Genderperspektive. Mit der Durchführung der Studie wird zudem herausgefunden, was für pflegende Ehefrauen wichtig ist und wie man sie gezielt unterstützen und beraten kann. Ausserdem könnten neue Forschungsfragen abgeleitet werden.

## 2. Theoretischer Bezugsrahmen

Im theoretischen Bezugsrahmen werden folgende Konzepte genauer beschrieben: Pflegende Angehörige, Lebenswelt, Familienorientierte Pflege Theorien am Beispiel von Marie-Luise Friedemann und pflegetheoretische Aspekte chronischer Krankheiten.

### 2.1 Pflegende Angehörige

Mit Angehörigen sind Personen gemeint, die im engeren familiären oder persönlichen Verhältnis zueinander stehen. Es schliesst im Besonderen auch Personen wie den Partner, die Partnerin oder verschwägerte Personen mit ein, welche einander nicht verwandt sind, oder Personen, die zum Lebensumfeld der betroffenen Person gehören (Hax-Schoppenhorst, 2009).

Die Angehörigenpflege wird auch informelle Pflege, Nächstenpflege oder früher Laienpflege genannt. Mit der informellen Pflege bezeichnet man eine Übernahme von Tätigkeiten, die der Pflegebedürftige alleine nicht mehr ausüben kann, und die durch Bezugspersonen, wie Angehörige, Nachbarn und Freunde ohne eine pflegerische Ausbildung geleistet werden (Menche, 2007).

Die Angehörigenpflege ist oftmals gekennzeichnet durch langandauernde Pflegebedürftigkeit. Der familiäre Kontext hat eine bedeutende Rolle für den Krankheitsverlauf und muss in der Beachtung des Krankheitserlebens mitberücksichtigt werden. Je nach vorhandener Familiendynamik ist die Familie in unterschiedlicher Art betroffen von der Krankheit und von der Übernahme der Pflege. Professionelle Pflegepersonen sollen das Familiensystem stabilisieren und die Angehörigenpflege in der Struktur, Funktion und Beziehung zu stärken versuchen (Schnepf, 2002).

Merkmale von Angehörigenpflege beschreibt Schnepf (2002) folgendermassen:

- Angehörigenpflege ist Teil familialer Sorge
- Diese reagiert auf die Krankheit und Hilfsbedürftigkeit des Familienmitgliedes
- Die Krankheit verändert die Bedürfnisse, welche der Kranke an seine Familie hat und kann zu neuen Bedürfnissen der Familie führen
- Beeinflussende Faktoren sind: Lebenszyklus der Familie, Art der Erkrankung, soziale und kulturelle Phänomene und der Versorgungskontext
- Professionelle Hilfe bietet den Familien die Möglichkeit zu Veränderung und auch zur Stabilität

Laut Dorschner (2009) sind unter Hauptpflegepersonen nicht beruflich agierende (nicht-professionelle) Helfer von Hilfe- und Pflegebedürftigen zu verstehen, „die regelmäßige Unterstützung leisten und dabei mehr als andere informelle Helfer mit der Hilfe oder Pflege befasst sind“.

## 2.2 Lebenswelt

Der Begriff der Lebenswelt wurde erstmals von Edmund Husserl (1859-1938), dem Begründer der phänomenologischen Philosophie, verwendet und von verschiedenen Vertretern der Philosophie und Soziologie aufgegriffen und unter Berücksichtigung der jeweils unterschiedliche Dimensionen und Schwerpunkte theoretisch weiterentwickelt (Scheffel, 2000; Treibel, 1997). Lebenswelt wird beschrieben als die selbstverständlich vorausgesetzte und fraglos gegebene Welt, in der Menschen alltäglich leben, handeln, Ziele verfolgen und mit anderen Lebewesen in Beziehung stehen. Die Menschen haben von sich als Person, sowie von der Welt in der sie hineingeboren sind, eine gewisse Vorstellung. In dieser Welt orientieren sich die Menschen an ihren bisherigen Erfahrungen (Schütz & Luckmann, 1991). Im Gegensatz zum üblichen objektivistischen und induktiven Wissenschaftsverständnis geht die Phänomenologie von den Erfahrungen des einzelnen aus und bearbeitet diese in reflexiver Form (Hitzler & Eberle, 2004; Scheffel, 2000). Bei den Erfahrungen haben Lebewesen, Objekte und Ereignisse eine bestimmte Bedeutung, nach welcher die Menschen handeln. Die Menschen bewältigen ihren Alltag in dem sie Ziele oder Absichten verfolgen, bestimmte Prioritäten haben und tagtäglich Entscheidungen treffen und Probleme lösen müssen. Folglich verändern Menschen ihre Lebenswelt, ebenso wie die Lebenswelt, das Handeln und Erleben der Menschen beeinflusst (Schütz & Luckmann, 1991; Honer, 2003).

Um den Alltag zu bewältigen, müssen Menschen ihre Lebenswelt in einem bestimmten Ausmass verstehen. Das heisst, sie müssen bestimmte Zusammenhänge zwischen zum Beispiel Dingen, Menschen, Handlungen und Ereignissen erfassen, um sich in einer konkreten Situation zu orientieren und auf dieser Grundlage Entscheidungen zu treffen. Erst dadurch, dass vergangene Erfahrungen gedeutet werden, erhalten sie für den Menschen einen Sinn (Schütz & Luckmann, 1991). Gravierende Veränderungen der Lebenssituation, wie beispielsweise die Pflege von Angehörigen und Pflegebedürftigkeit, unterbrechen den Ablauf vielleicht vorher unproblematischer lebensweltlicher Erfahrungen und können selbstverständliche und vertraute Sinnzusammenhänge und Routinen in Frage stellen oder gar zusammenbrechen lassen (Zeman, 1988).

Sowohl die Betroffenen als auch die ihnen nahestehenden Menschen müssen neue Orientierungen oder Strategien entwickeln oder entsprechend anpassen, um die Kontinuität ihrer Lebenswelt und die persönliche Identität aufrechtzuerhalten oder wiederherzustellen (Zeman, 1988). Die Möglichkeiten hierzu werden unterschiedlich erfahren und gedeutet, zudem sind sie insgesamt durch die Einbindung in konkrete Situationen begrenzt. Begrenzungen können als so dominant erlebt werden, dass eine Kontrolle oder Veränderung der persönlichen Lebensbedingungen nicht mehr möglich scheint. Resignation, Passivität, Depression, Hilflosigkeit und generelle Zweifel am Sinn des weiteren Lebens können die Folge sein (Saup, 1993; Zeman, 1988).

Diese Begrenzungen sind nicht alleine auf Alltagstätigkeiten zu beziehen. Weitere Aspekte welche von den Begrenzungen der Lebenswelt betroffen werden können, sind beispielsweise gesundheitliche, sozioökonomische (z.B. finanzielle Mittel, Bildungsstand) der Grad der sozialen Integration, Wohnsituation und der Art und dem Umfang informeller und professioneller Hilfe- und Unterstützungsleistungen (Scheffel, 2000).

Durch die Vernetzung professioneller Hilfs- und Unterstützungsleistungen kann eine Versorgung der Pflegebedürftigen grundsätzlich mit allen Schweregraden zuhause gewährleistet werden (Dorschner, 2009).

Trotz der verschiedenen Hilfsangeboten bleiben diese oftmals ungenutzt. Zum einen, weil die Angehörigen nicht wissen, wo es Unterstützung gibt, zum anderen sehen sie es als ihre Pflicht an, ihre Familienmitglieder zu pflegen. Dies erschwert es, Hilfe von aussen zu holen (Hirsch, 2009).

Die Art, wie die pflegenden Angehörigen mit der fordernden Situation umgehen, ist höchst unterschiedlich (Hax-Schoppenhorst, 2009). Mit der Übernahme der Pflege eines Angehörigen, kommen auch eine Vielzahl von Aufgaben und Herausforderungen auf den pflegenden Angehörigen zu. Zu den alltäglichen manuellen und körperlichen Tätigkeiten gehören, das An- und Auskleiden, die Körperpflege und die Mobilisation. Ausserdem übernehmen pflegende Angehörige Aufgaben wie das Verabreichen von Medikamenten, die Wundversorgung und das Anlegen von Umschlägen. Zudem machen die Angehörigen die Betten, bereiten die Mahlzeiten zu, kaufen ein, putzen und räumen die Wohnung auf. Ausserdem müssen sich die Angehörigen noch um Rechnungen und die Buchhaltung kümmern (Allwicher, 2009).

Die Pflege ist für pflegende Angehörige eine umfassende Verantwortung und Verpflichtung, welche sich nicht in Stunden fassen lässt. Angehörige richten ihren Alltag, ihre Freizeit, ihr Familienleben und ihren Berufsalltag an die Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person aus (Perrig-Chiello et al., 2010).

Häufig entscheiden sich die Betreuungspersonen für die Unterbrechung ihres Arbeitsplatzes, weil sie die Doppelbelastung nicht mehr bewältigen können, weshalb mit Einkommenseinbußen gerechnet werden muss. Frauen sind hier durchaus häufiger betroffen als Männer. Einerseits ist es aus existenziellen Gründen, da die Frau meist ein niedrigeres Einkommen hat, weshalb eher auf ihr Einkommen verzichtet werden kann. Ausserdem sind die Karrieren der Frauen, aufgrund der Kinder eher unterbrochen, als bei den Männern (Kofahl, 2010).

Weit mehr als die Hälfte der pflegenden Angehörigen stehen im Prinzip täglich rund um die Uhr zur Verfügung. Äusserst belastend ist es, wenn regelmässig die Nachtruhe gestört wird und keine Zeit für eine nachhaltige Regeneration zur Verfügung steht. Dabei wird es für pflegende Angehörige schwierig, ihre sozialen Kontakte zu pflegen, ihre Hobbies aktiv auszuüben oder in den Urlaub zu fahren. Folglich ziehen sich die pflegenden Angehörigen zurück und isolieren sich. Spannungen in der Familie können die Folge sein (Büker, 2009).

Die Pflegesituation kann auch positive Effekte haben. In 228 untersuchten Studien, gaben die pflegenden Angehörigen an, sich nützlich zu fühlen und durch die Pflege eine engere Beziehung zu der pflegebedürftigen Person aufzubauen (Pinquart & Sörensen, 2003).

Die Übernahme der Pflege kann für die pflegende Person ein persönliches Wachstum sein. Durch die Unterstützung von ambulanten Diensten kann die Bewältigung schwieriger Situationen als Gewinn angesehen werden (Kricheldorf, 2009). Laut Kofahl (2010) gibt die Betreuung den pflegenden Angehörigen ein gutes Gefühl. Eine in Amerika durchgeführte Studie beschreibt, dass die häusliche Pflege für die meisten pflegenden Angehörigen eine lohnende Erfahrung ist (McGuire, Anderson, Talley & Crews, 2007).

## 2.3 Familien- und Umweltbezogene Pflege nach Marie-Luise Friedemann

Die Familien- und umweltbezogene Pflege nach Marie-Luise Friedemann enthält, wie andere konzeptuellen Pflegemodelle das Metaparadigma Umwelt, Mensch, Gesundheit und Pflege. Da sich das Modell auf die gesamte Familie bezieht und nicht nur auf den einzelnen Menschen, muss das Konzept der Familie zu dem Metaparadigma hinzugefügt werden. Friedemann beschreibt die Familie, als ein System mit Subsystemen. Es ist entscheidend wer als zugehörig bezeichnet wird. Dabei können auch nicht verwandte Personen zu der Familie gehören. Die Theorie des systemischen Gleichgewichts entstand aus der pflegepraktischen und pflegewissenschaftlichen Tradition von Family Nursing (familienorientierter Pflege) in Amerika (Friedemann & Köhlen, 2010).

Florence Nightingale (1820-1910), die Begründerin der modernen Pflege, hob die Trennung zwischen der Pflege des einzelnen Menschen und der Familie auf. Für Nightingale gehörte die Familie von Anfang an zur modernen Pflege dazu (Friedemann & Köhlen, 2010).

Die Familien- und umweltbezogene Pflege enthält Prozessdimensionen des menschlichen Systems. Dabei führen Systemerhaltung und Kohärenz zu Stabilität, Systemänderung und Individuation zu Wachstum, Systemerhaltung und Systemänderung zu Regulation/Kontrolle und Kohärenz und Individuation zu Spiritualität. Die vier Ziele, Spiritualität, Stabilität, Wachstum, Regulation/Kontrolle arbeiten zusammen, um Kongruenz anzustreben (Friedemann & Köhlen, 2010). Die Pflege der Familie ist bedeutsam und notwendig, da sie einen einflussreichen Teil unserer Umwelt darstellt. Von einer Krankheit ist nicht nur der Patient betroffen, sondern sein ganzes Bezugssystem mit den darin eng verbunden Personen. Das Hauptanliegen von Marie-Luise Friedemann ist vorhandene und potenzielle Fähigkeiten und Ressourcen des Bezugssystems zu erkennen und als Anstoß für Veränderungen zu sehen (Friedemann & Köhlen, 2010).

Erfahrung, die im Laufe des Lebens auf einen Menschen und seine Familie zukommen können, können Behinderungen und chronische Erkrankungen sein. Die Auseinandersetzung mit den Behinderungen oder mit der chronischen Erkrankung wirkt sich auf die gesamte Familie aus und kann viele Lebensbereiche betreffen und somit Veränderungen mit sich ziehen. Diese Veränderungen können sehr unterschiedlich in den einzelnen Familiensystemen und Lebensphasen verlaufen. Eine Demenzerkrankung ist eine chronische Erkrankung, welche Einfluss auf die ganze Familie hat. Der Schwerpunkt bei demenzkranken Menschen liegt auf einer an die Erkrankung angepassten Umwelt und einem entsprechenden Umgang. In der ersten Phase der Erkrankung treten häufig Depressionen und Verhaltensauffälligkeiten auf, da die an Demenz erkrankten Personen bemerken, dass eine beginnende Orientierungslosigkeit eintritt. Hilfsmittel und Verfahren, die Orientierung bieten sind daher für Betroffene angezeigt. Sie sind sehr hilfreich und vermindern die Angst von Betroffenen. Familiennotfälle, wie akut auftretende Krankheiten oder der Tod, kann das Familiensystem aus dem Gleichgewicht bringen. Das Leben des Patienten, aber auch der Angehörigen ändert sich, weshalb es sehr wichtig ist, dass sie in dieser Krise von den Pflegefachpersonen ernst genommen werden, damit sie mit den Krisen umgehen können (Friedemann & Köhlen 2010).

Der Pflegeprozess führt durch Wachstum zu Gesundheit, sowohl bei den Patienten als auch bei den Angehörigen. Pflege wird gemeinsam mit der Familie geplant und aktiv ausgeführt (Kathriner, 2007). Das Individuum, die Familie und die Pflegeperson gewähren einander gegenseitig Eintritt in ihre Welt. Das individuelle und gemeinsame Erleben der Situation entspricht der Welt der Familie, wobei unterstützende und widersprechende Ansichten zum Ausdruck kommen. Die Pflegende hört dabei aufmerksam zu und leitet das Gespräch. Wenn sich das Gespräch mehr auf die problematische Situation bezieht, stellt sie auch gezielt Fragen und beginnt mit der Datenerhebung (Friedemann & Köhlen 2010).

Jede Person kann von der systemischen Bindung und Pflege profitieren, falls sie ihren Lebensprozess intensiv auf Kongruenz und Gesundheit ausrichten möchte. Chronisch Erkrankte oder Leute mit einer Behinderung müssen Kohärenz immer neu erreichen. Sie setzen durch Individuation und Systemänderung immer wieder andere Lebensprioritäten. Die professionelle Pflege unterstützt den Patienten in diesem schwierigen Prozess. Im Idealfall wird die Pflege nach der Theorie des systemischen Gleichgewichtes offen und aufrichtig durchgeführt. Ein neues Betrachten der Situation mit Einbeziehung maßgebender Faktoren aus allen Perspektiven kann zu neuen Erkenntnissen führen und vielleicht Wachstum bedeuten (Friedemann & Köhlen 2010).

Von zentraler Bedeutung sind die angestrebten Prozessziele (Spiritualität, Regulation/Kontrolle, Wachstum und Stabilität) der erkrankten Person, um dem Ziel der Gesundheit näher zu kommen. Die folgenden grundlegende Schritte des Pflegeprozesses sind dazu notwendig (Friedemann & Köhlen 2010).

- Klassieren der systemischen Prozesse innerhalb der vier Prozessdimensionen (Systemerhaltung, Systemänderung, Kohärenz und Individuation)
- Offen, in einfachen Worten, die Theorie und die systemischen Prozesse erklären
- Nachforschen, welche Änderungen stattfinden sollen
- Gutheissen und Fördern der geeigneten Handlungen
- Repetieren und Verstärken der geeigneten Handlungen
- Umlernen bei unangebrachten Handlungen
- Experimentieren mit neuen Handlungen
- Nützlichkeit und Erfolg der Änderungen prüfen
- Zusprechen, ermuntern, loben

Die oben erwähnten Schritte des Pflegeprozesses können untereinander ausgetauscht werden. Es ist wichtig, während der ganzen Zeit konzentriert zu zuhören, gezielte Fragen zu stellen und einführend bei der Interpretation von Daten zu sein (Friedemann & Köhlen 2010).

Bei der strukturierten Datenerhebung und beim Klassieren der systemischen Prozesse nimmt die Pflegende Bezug auf die Prozessdimensionen und auf das Diagramm. Die Familie wird nach ihren alltäglichen Routinen gefragt, aber auch nach den Problemen, welche mit der schwierigen Situation auftreten. Die Interaktionssysteme der Familie kommen so beim Gespräch zum Vorschein. Je nach Rolle und Aufgaben der pflegebedürftigen Person in der Familie, kann es zu großen Veränderungen kommen. Die Daten werden dementsprechend aufgenommen (Friedemann, & Köhlen, 2010).

## 2.4 Pflege theoretische Aspekte chronischer Krankheiten

Lubkin (2002) hat für die Pflege folgende Definition für chronische Krankheit formuliert: "Unter Chronischer Krankheit versteht man das irreversible Vorhandensein bzw. die Akkumulation oder dauerhafte Latenz von Krankheitszuständen oder Schädigungen, wobei im Hinblick auf unterstützende Pflege, Förderung der Selbstversorgungskompetenz, Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit und Prävention weiterer Behinderung das gesamte Umfeld des Patienten gefordert ist".

Der Bezugsrahmen der Pflege- und Krankheitsverlaufskurve von Corbin und Strauss ist ein begriffliches Modell, welches davon ausgeht, dass chronische Krankheiten einen Verlauf haben, welcher Veränderungen und Schwankungen unterlegen ist. Der Krankheitsverlauf kann beeinflusst, verlangsamt oder stabil gehalten werden. Durch angepasste Interventionen können Symptome der Krankheit behandelt werden. Durch die Behandlung der Symptome können jedoch Nebenwirkungen auftreten. Die Krankheit sowie die Behandlung haben Auswirkungen auf das körperliche Wohlbefinden und auf das tägliche Leben. Ebenso können sich Entscheidungen in Hinblick auf die persönlichen Bedürfnisse auf die Behandlung der Krankheit auswirken (Woog, 1998).

Der Bezugsrahmen der Pflege- und Krankheitsverlaufskurve bietet die Grundlage zur Entwicklung eines Pflegemodells, welches auf Probleme von chronisch Kranken Menschen ausgerichtet ist, allgemein gültig ist und der Praxis, dem Unterricht und der Forschung sowie der Entwicklung von Leitlinien dient. Das Modell stützt sich auf die Chronizität. Im Modell sind die vier Metaparadigma der Pflege ausgearbeitet: Person, Gesundheit, Umgebung und Pflege (Woog, 1998).



**Person**

Chronische Erkrankungen können Personen in jedem Alter treffen. Dabei versuchen die Menschen, durch Prävention, die Krankheiten zu verhindern oder durch Krankheitsmanagement die Krankheit unter Kontrolle zu halten. Wenn eine Person zuhause lebt, ist nicht nur sie selbst dafür verantwortlich sondern auch ihre Angehörigen.

Familien nehmen aktiv an der Prävention und auch am Behandlungsprozess teil und tragen ebenso wie die einzelne Person, Verantwortung dafür (Woog, 1998).

**Gesundheit**

Der Schwerpunkt bei der Pflege chronischer Krankheiten liegt in erster Linie bei der Prävention und anschliessend darin, dass der Patient die Krankheit akzeptiert und mit ihr leben kann. Pflegeinterventionen haben das Ziel, mit der chronischen Krankheit zu leben und die Lebensqualität zu verbessern und aufrecht zu erhalten. Damit die Pflegeinterventionen effektiv sind, müssen Krankheit, Biographie und die alltäglichen Aktivitäten mit berücksichtigt werden. Eine zentrale Rolle spielt ebenso die kontinuierliche Pflege, um einen langfristigen Effekt der Pflegemassnahmen zu gewährleisten. Die Krankheit kann dabei anhand einer Pflege- und Verlaufskurve dargestellt werden. Diese Kurve zeigt eine Vergangenheit und eine Zukunft, ebenso werden die aktuellen Pflegeinterventionen aufgezeigt (Woog, 1998).

**Umgebung**

Da die Prävention und die Bewältigung chronischer Erkrankungen oft in häuslicher Umgebung stattfindet, sollte dies innerhalb der Pflege als zentral betrachtet werden (Corbin und Strauss, 2010). Krankenhäuser, Rehabilitationszentren und andere Pflegeeinrichtungen können als Hilfsmittel angesehen werden und ergänzen die ambulante Pflege. Die kranke Person und seine Familie sollte auf einen möglichen Umgebungswechsel vorbereitet werden (Woog, 1998).

**Pflege**

Das Ziel bei chronischen Erkrankungen ist es, den Patienten im Krankheitsverlauf zu unterstützen und seine Lebensqualität aufrechtzuerhalten. Dabei unterstützen Fachpersonen das Individuum, die Familie, die Gemeinschaft und die Gesellschaft. Um die begleitende Pflege zu leisten, dient der Pflegeprozess als Basis mit den verschiedenen Pflegeinterventionen. Zudem gehören Aufklärung, Beratung und Beobachtung zu den wichtigen Aufgaben der Pflege. Pflegepersonen können einen grossen Beitrag zur Pflege von chronisch Kranken leisten (Woog, 1998).

### 2.4.1 Definition und Einteilung der Stadien einer chronischen Krankheit nach Corbin und Strauss

Stadium	Definition
<b>Vor der Pflege- und Krankheitsverlaufskurve</b>	Vor Beginn der Krankheit, Präventivphase, keine Anzeichen oder Symptome einer Krankheit vorhanden
<b>Einsetzen der Pflege- und Krankheitsverlaufskurve</b>	Auftreten von Anzeichen und Symptomen einer Krankheit, beinhaltet den Zeitpunkt der Diagnose
<b>Krise</b>	Lebensbedrohliche Situation
<b>Akut</b>	Akuter Krankheitszustand oder Komplikationen, die einen Krankenhausaufenthalt notwendig machen
<b>Stabil</b>	Krankheitsverlauf und –symptome werden mit Hilfe von Heilprogrammen unter Kontrolle gehalten
<b>Instabil</b>	Krankheitsverlauf und –symptome können nicht länger mit Hilfe von Heilprogrammen unter Kontrolle gehalten werden, ein Krankenhausaufenthalt ist jedoch nicht notwendig
<b>Verfall</b>	Fortschreitende Verschlechterung der körperlichen und geistigen Verfassung gekennzeichnet durch zunehmende Behinderung und verstärktes Auftreten von Krankheitssymptomen
<b>Sterben</b>	Stunden, Tage und Wochen unmittelbar vor dem Tod

Tabelle 1: Definition und Einteilung der Stadien einer chronischen Krankheit nach Corbin und Strauss (2010)

Der tatsächliche Verlauf einer Krankheit kann je nach Person und unterstützenden Interventionen abweichen. Es sind Substadien beschrieben, welche im Bereich einer Aufwärts- und Abwärtsbewegung variieren, sowie der Stabilität und Veränderungen gerecht werden. Es wird deutlich, dass die Einbeziehung und Mitgestaltung der Angehörigen, des Umfeldes und der professionellen Pflegefachpersonen notwendig ist (Corbin & Strauss, 2010).

Das Modell zeigt, dass in jedem Stadium die Möglichkeit besteht, dass eine Veränderung stattfinden kann. Diese Veränderung kann eine Verbesserung oder eine Verschlechterung des Krankheitsprozesses sein, wobei die Biografie, Persönlichkeitsmerkmale, Beziehungsstrukturen, Motivationen, Einstellungen, Umgebungsfaktoren, die Krankheitsform und andere Umstände einen erheblichen Einfluss auf den Verlauf ausüben. Es handelt sich um ein dynamisches Modell, da der Krankheitsverlauf ungewiss ist. Das Modell wird von unterschiedlichsten Faktoren beeinflusst (Scheffel, 2009).

Zudem muss die Rolle der Familie und das gesamte Umfeld in Bezug auf das Krankheitsmanagement und zum besseren Verständnis des Krankheitsprozesses berücksichtigt werden (Peters, 2005)

Die Pflegefachpersonen leisten dabei eine unterstützende Funktion. Um möglichst einen positiven Krankheitsverlauf und eine positive Krankheitsentwicklung zu erzielen, müssen die Massnahmen gut überlegt werden (Uhländer-Masiak, 2005).

### 3. Methodenbeschreibung

In diesem Kapitel zeigt die Autorin das methodische Vorgehen beim Erstellen der phänomenologischen Studie auf. Auf das Forschungsdesign, die Stichprobenbildung, die Datensammlung und die Datenanalyse wird genauer eingegangen.

#### 3.1 Forschungsdesign

Die oben gewählte Forschungsfrage, wird mit Hilfe eines qualitativen Forschungsansatzes beantwortet. Es kommt ein phänomenologisch interpretativ-hermeneutischer Ansatz zur Anwendung, dessen philosophische Ursprünge in der Phänomenologie Martin Heideggers liegen (Dorschner, 2009).

Die Phänomenologie, welche in der philosophischen Tradition verwurzelt ist, wurde von Husserl und Heidegger entwickelt. Der Ansatz der Phänomenologie denkt über die Lebenserfahrungen von Menschen nach. Durch die Phänomenologie werden subjektive Phänomene untersucht, welche in gelebten Erfahrungen von Menschen gründen. Die Phänomenologie fragt: Was ist die Essenz des Phänomens im Erleben der Menschen und was bedeutet diese (Polit, Beck & Hungler, 2004).

Es gibt die deskriptive und die interpretative Phänomenologie (Hermeneutik). Husserl entwickelte die deskriptive Phänomenologie, welche den Schwerpunkt in den Beschreibungen der Bedeutung des Erlebens von Menschen hat. Heidegger war ein Student von Husserl und kam zur interpretativen Phänomenologie. Er legte den Schwerpunkt nicht nur auf das Beschreiben von menschlichem Erleben, sondern auf das Interpretieren und Verstehen (Polit et al., 2004).

Das Ziel der phänomenologischen Untersuchung ist, die gelebten Erfahrungen und die Wahrnehmungen, zu denen sie führen, vollumfänglich zu beschreiben. In der Phänomenologie sind vier Aspekte wichtig; gelebter Raum oder Räumlichkeit, gelebter Körper oder Räumlichkeit des Daseins, gelebte Zeit oder Temporalität und gelebte menschliche Beziehung oder Rationalität (Polit et al., 2004).

Die Hauptdatenquelle in phänomenologischen Studien ist das Tiefengespräch, wodurch die forschende Person versucht, in die Welt der Informanten zu gelangen, um vollumfänglich Zugang zu deren gelebten Erfahrungen zu bekommen. Phänomenologische Studien enthalten typischerweise eine kleine Anzahl von Studienteilnehmer, oftmals nur zehn oder weniger Teilnehmer (Polit et al., 2004).

Anhand der phänomenologischen Methode versucht die Autorin die Bedeutung einer Erfahrung zu erkennen und zu konstruieren. Dies geschieht durch einen intensiven Dialog mit Personen, welche diese Erfahrung durchmachen (LoBiondo-Wood & Haber, 2005).

## 3.2 Gütekriterien

Zur Gewährleistung der Vertrauenswürdigkeit der Studie werden die von Sandelowski (1986) erläuterten Gütekriterien Glaubwürdigkeit (credibility), Angemessenheit (fittingness), Überprüfbarkeit (auditability), Bestätigung (confirmability) für qualitative Forschungsstudien berücksichtigt, insbesondere durch: regelgeleitetes Analyseschema (und dessen Begründung), Beschreibung der durchgeführten Modifikationen, ausführliche Beschreibung der Ergebnisse mit Einfügung von Interviewziten (kommunikative Partizipantenvalidierung), Teaminterpretation und Expertengespräch.

## 3.3 Ethische Aspekte

Nach umfangreichen Diskussionen wurde im Herbst 2011 im Forschungsteam in Abstimmung mit der Studiengangsleitung entschieden, dass kein Votum der kantonalen Ethikkommission eingeholt wird, da dies für die Bachelorarbeit nicht notwendig ist. Insofern kommt das Memorandum für die Ausbildungsstätten des Bereichs Gesundheit der HES-SO (Memento zur Datenschutzgesetzgebung und zu den Ethikrichtlinien) vom 21. Mai 2007 zur Anwendung (Ingold Schuler, 2007).

Bei der Datenerhebung muss auf folgendes geachtet werden: Alle sensiblen Daten der Personen müssen anonymisiert werden, das heisst, dass der tatsächlicher Name, Vorname und das vollständige Geburtsdatum, der Wohn- und Heimatort der betreffenden Person nicht erwähnt sein darf. Zudem dürfen keine Details, wie bestimmte Tätigkeiten an einem bestimmten Ort, eine selten Erkrankung oder Besonderes aus dem Umfeld oder dem Lebenslauf genannt werden, womit man die Person im Kontext erkennen könnte (Ingold Schuler, 2007).

Die Daten aus den Interviews dürfen, nachdem sie anonymisiert wurden, nur für die vorliegende Studie und für die Studie „Männer als Hauptpflegepersonen in häuslichen Pflegearrangements - Standortbestimmung und Entwicklung von Unterstützungsangeboten“ in Anspruch genommen werden (Dorschner, 2009).

Alle sensiblen Daten der Interviewpartnerinnen werden nach Beendigung der Arbeit vernichtet. Der Zugang der Daten ist auf die Autorin und die Dozierende, welche sie begleitet und die Forschungsgruppe beschränkt. Ausserdem werden die Unterlagen und Dateien auf einem Computer durch ein Passwort geschützt. Die Dateien dürfen nicht auf der Festplatte in der Schule gespeichert werden. Das Aufnahmegerät wird für Drittpersonen un erreichbar bis zur Evaluation der schriftlichen Arbeit aufbewahrt (Ingold Schuler, 2007).

### 3.4 Stichprobenbildung

Es wurde ein Flyer in der Forschungsgruppe erstellt, um geeignete Interviewpartnerinnen zu finden (Flyer: siehe Anhang A). Der Flyer beinhaltet, dass es in der Schweiz rund 250'000 Menschen gibt, die ihre Angehörigen zuhause pflegen. Spricht man von pflegenden Angehörigen, werden vorzugsweise Frauen (Ehefrauen/Lebenspartnerinnen, Töchter/Schwiegertöchter, Mütter) gemeint. Angehörigenpflege ist in der klassischen Verteilung der Geschlechter „weiblich“. Allerdings nimmt der Anteil pflegender Männer im häuslichen Bereich zu. Rund ein Drittel der pflegenden Angehörigen sind Männer. In wieweit Frauen und Männer diese Herausforderung unterschiedlich erleben, welche Probleme sich für sie ergeben und welche Unterstützung sie brauchen, ist jedoch weitgehend unerforscht. In der internationalen und nationalen Literatur finden sich deutliche Hinweise darauf, dass sich Männer der Herausforderung, die durch die Pflegebedürftigkeit eines Angehörigen entsteht, anders stellen als Frauen.

Das Ziel der Studie ist es, herauszufinden, wie pflegende Ehefrauen die häusliche Pflege erleben. Die Autorin möchte gerne herausfinden, wie die pflegenden Angehörigen den Alltag erleben und bewältigen, inwieweit sich die Alltagsgestaltung verändert hat und wie die Lebenswelt wahrgenommen wird und welche Unterstützungs- und Hilfsangebote pflegende Angehörige brauchen.

Am Ende des Flyers steht eine Kontaktperson mit einer Telefonnummer und einer Mail- und Postadresse.

Um an Probanden heranzukommen, hat sich die Autorin an verschiedene Institutionen im Oberwallis gewandt. Die Autorin hat im September 2011 Flyer in Apotheken, Arztpraxen und in den Sozialmedizinischen Zentren im Oberwallis aufgelegt. Die Autorin hat ausserdem Flyer an Fachpersonen verteilt, welche direkt in Kontakt mit pflegenden Angehörigen stehen, wie beispielsweise Psychologen und Pflegefachpersonen des Spital Wallis.

Zusammen mit der Forschungsgruppe und einem Dozenten der Schule hat die Autorin einen Zeitungsartikel erstellt, um weiter nach Probanden zu suchen. Der Artikel ist am 28. November 2011 im Walliser Bote erschienen (Zeitungsartikel: siehe Anhang B).

### 3.5 Datensammlung

Der Ablauf des Interviews hat sich folgendermassen gestaltet: Die Interviewpartnerinnen haben eine informierte Zustimmung erhalten, welches zugleich als Informationsblatt gedient hat (Informierte Zustimmung: siehe Anhang C). Allfällige Fragen zum Ablauf des Interviews oder zur Studie wurden geklärt. Für die Probanden muss anhand der Informierten Zustimmung klar sein, dass die Teilnahme freiwillig ist und sie jederzeit abbrechen können.

Mit dem Informationsblatt wissen die Probanden, dass ihre Daten anonymisiert und für Publikationen genutzt werden.

Eine informierte Zustimmung (informed consent) ist eine Grundvoraussetzung für Forschungen mit Menschen. Die Probandin ist nur dann informiert, wenn alle relevanten Informationen abgegeben und diese verstanden wurden. Eine Zustimmung liegt nur vor, wenn die Probandin ihre Unterschrift gibt und diese Zustimmung ausdrücklich formuliert (Bislimi et al., 2009).

Nachdem die Probanden die informierte Zustimmung gelesen und unterschrieben haben, wurde mit dem Interview begonnen. Die Autorin hat den Interviewpartnerinnen folgende Einstiegsfrage gestellt: „Im Rahmen eines Forschungsprojektes interessiere ich mich für Ehefrauen, die einen Angehörigen im häuslichen Bereich pflegen. Erzählen Sie mir doch bitte, wie sich Ihr Alltag mit der Pflege Ihres Ehemannes gestaltet.“ Als einfachere Einstiegsfrage, hat die Autorin die Interviewprobanden gefragt, wie ein typischer Tag bei Ihnen aussehe. Diese Einstiegsfrage hat dazu gedient, dass die Probanden frei von sich aus erzählen.

Die Technik des narrativen Interviews ist aus der Biographieforschung entstanden und ist die offenste Interviewform. Die Autorin gewinnt dadurch einen Einblick in das subjektive Erleben des Pflegealltags von pflegenden Ehefrauen (Polit et al., 2004).

Die Interviews haben zwischen 20 und 60 Minuten gedauert. Da bei den narrativen Interviews kein Interviewleitfaden benötigt wird, wird nur ein Leitfaden für den Nachfrageteil vorbereitet, bei dem die Autorin auf bestimmte Punkte näher eingehen kann (Mayer, 2007). Mit Hilfe des problemorientierten Nachfrageteils, hat die Autorin noch genauer nach der Motivation, den Unterstützungs- und Entlastungsangeboten nachgefragt (problemorientierter Nachfrageteil: siehe Anhang D). Falls die Interviewpartnerin viel über den Alltag und das Erleben der Pflege erzählt haben, hat die Autorin nur einzelne Fragen gezielt nachgefragt. Am Ende hat die Interviewerin noch eine Frage gestellt, die das Interview abgeschlossen hat. Sie hat nach einer Bilanz gefragt, die die Ehepartnerin ziehen würden und nach Empfehlungen und Tipps, welche die pflegenden Ehefrauen anderen pflegenden Angehörigen geben würden. Nach dem Nachfrageteil hat die Autorin das soziodemographische Datenblatt ausgefüllt (Soziodemographische Datenblatt: Anhang E). Dabei hat die Autorin nach dem Geschlecht, dem Alter, dem Beruf, den Unterstützungsangeboten und nach der familialen Hilfe gefragt. Zudem hat die Autorin erfasst, wie lange die Pflegebeziehung schon besteht und was für eine medizinische Diagnose der Pflegebedürftige hat.

Nachdem die Interviews durchgeführt wurden, wurde jedes einzelne Interview in Standardsprache transkribiert. Die Autorin hat für die Verschriftlichung der Interviews Transkriptionsregeln verwendet, welche im Anhang F aufgeführt sind.

Die Transkripte wurden mehrmals durchgelesen und die Tonbandaufnahme wurde ebenfalls nach der Verschriftlichung nochmals angehört mit gleichzeitigem Durchlesen des Transkriptes. Diese Methode ermöglichte es Fehler zu minimieren.

Dresing & Pehl (2011) empfehlen zwischendurch immer wieder Pausen einzulegen, da sonst die Fehlerquote hoch ist. Die Autorin hat beim Transkribieren regelmässig Pausen eingelegt.

### 3.6 Datenanalyse

Die Datenanalyse erfolgt mittels einer Modifikation (vgl. Dorschner, 2011) des siebenstufigen Analyseschemas nach Diekmann (1992).

1. Alle transkribierten Texte werden mehrmals gelesen, um ein allgemeines Verständnis zu gewinnen.
2. Von jedem Text wird eine Zusammenfassung geschrieben und mögliche Themen kodiert.
3. Ausgewählte Texte werden analysiert, um Themen zu finden. Die Analysen werden im Interpretationsteam diskutiert.
4. Bei Unstimmigkeiten wird der Text erneut untersucht.
5. Durch Textvergleich und Kontrastierung werden gemeinsame Praktiken und Bedeutungen identifiziert.
6. Die Themen werden verglichen, um das wesentliche Muster, das in allen Texten enthalten ist, herauszuarbeiten.
7. Das Ergebnis wird Experten, die einen Bezug zur Thematik und Methode haben, vorgestellt.

In der vorliegenden Arbeit kommt ein interpretativ phänomenologischer Ansatz zur Anwendung, bei welchem die Ergebnisse nicht nur beschrieben werden, sondern auch verstanden werden sollen.

Durch die positiven Vorerfahrungen, welche mit diesem phänomenologischen Analyseprozess gemacht wurden, wurde auch für diese qualitative Studie, der Analyseprozess von Diekmann gewählt (Dorschner, 2011).

Da es sich um ein Forschungsteam mit drei Studierenden aus dem gleichen Studiengang handelt und die Studierenden jeweils eine andere Subgruppe untersuchen, eignen sich die Überlegungen Diekmanns für die Problematik des Forschungsprojektes besonders. Das Interpretationsteam besteht somit aus den drei Studierenden und zwei Begleitpersonen. In dieser Gruppe wurden die Themen für die Analyse diskutiert. Die kleinste Gruppe besteht aus der Autorin und ihrem Betreuer.



Die Texte wurden von allen in der Interpretationsgruppe gelesen und wichtige Themen wurden markiert. In der Gruppe wurden die Analysen ausführlich diskutiert und mögliche Themen wurden kodiert. Dabei fand die Gruppe in den sechs Interviews Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede. Dabei wurde ein wesentliches Muster, welches in allen Texten vorkommt herausgearbeitet. Die Ergebnisse sind ausführlich beschrieben und mit Zitaten aus den sechs Interviews unterlegt.

Die Autorin der vorliegenden Arbeit hat die ersten Ergebnisse in einer internationalen Woche in Jena vorgestellt. Es hat sich eine Diskussion mit diplomierten Pflegefachpersonen aus Jena und aus Visp ergeben.

## 4. Ergebnisse

### 4.1 Beschreibung des Pflegearrangements

Es wurden sechs Interviews mit pflegenden Ehefrauen durchgeführt. Die Stichprobenbildung ergibt sich aus den folgenden Kriterien, dass die zu interviewenden Probanden volljährig sind, keine professionellen Pflegefachfrauen sind und ihren Partner mindestens über drei Monate pflegen. Ausserdem sollte die Pflegebeziehung aktuell noch bestehen und falls diese aktuell nicht mehr besteht, dann sollte diese nicht länger als drei Monate zurückliegen.

In der folgenden Tabelle werden die sechs Interviewpartnerinnen dargestellt. Das Durchschnittsalter der Ehefrauen war bei 66,5 Jahre (56 bis 75 Jahre). Das durchschnittliche Alter der pflegebedürftigen Person, der Ehemänner, lag bei 71.5 Jahren (60 bis 89). Alle sind verheiratet, wobei die durchschnittliche Ehedauer 42.8 Jahre (33 bis 52 Jahre) betrug. Die Dauer der Pflegeverhältnisse variiert stark. Sie liegt zwischen sieben Monaten und fünf Jahren. Die durchschnittliche Pflegedauer lag bei 2.5 Jahren. Der Ehemann einer Interviewpartnerin ist seit zweieinhalb Monaten im Ferienbett im Alters- und Pflegeheim. Die anderen fünf Pflegeverhältnisse bestanden zum Zeitpunkt des Interviews.

Die Ehemänner haben unterschiedliche Diagnosen. Zwei Ehemänner sind an Demenz erkrankt, wobei nur eine Ehefrau die Art der Demenz genauer beschrieb. Zwei Ehemänner erlitten einen Apoplex. Ein Ehemann erkrankte an Parkinson Plus. Und ein Ehemann erlitt einen Infarkt im Rückenmark.

Alle Jahrzahlen beziehen sich auf den Zeitpunkt der Interviews zwischen November und Dezember 2011.

	<b>Alter</b>	<b>Ehedauer</b>	<b>Alter des Ehemanns</b>	<b>Grund der Pflegebedürftigkeit</b>	<b>Pflegedauer</b>
<b>Frau F1</b>	68	45	70	Parkinson Plus	April 2011
<b>Frau F2</b>	66	42	70	Schwerer Apoplex, epileptische Anfälle	April 2008
<b>Frau F3</b>	56	34	60	Alzheimer-Demenz	Juli 2010
<b>Frau F4</b>	75	51	78	Infarkt im Rückenmark	April 2006
<b>Frau F5</b>	61	33	62	Demenz	2009
<b>Frau F6</b>	73	52	89	Apoplexie	September 2009-2011

Tabelle 2: Übersicht der Studienteilnehmerinnen

Vier der Interviewpartnerinnen haben einen Lehrabschluss absolviert. Zwei Interviewpartnerinnen haben nach der Obligatorischen Schule direkt gearbeitet und keine Lehre gemacht.

Alle Interviewpartnerinnen sind römisch-katholisch. Alle sechs Interviewpartnerinnen sind verheiratet.

Die Unterstützungen, welche die pflegenden Ehefrauen aus Seiten der Familie, aber auch durch professionelle Dienste erhalten, sind in folgender Tabelle zusammengefasst.

	<b>Familiäre Hilfe</b>	<b>Informelle Hilfe</b>	<b>Professionelle Hilfe</b>
<b>Frau F1</b>	zwei Töchter/Schwiegersohn Geschwister des Ehemanns	Kollegen vom Ehemann	Tagesklinik der Gerontopsychiatrie, Physiotherapie, Logopädie
<b>Frau F2</b>	eine Tochter, zwei Schwestern	Nachbarn	Spitex, Physiotherapie, Logopädie
<b>Frau F3</b>	zwei Söhne	Nachbarn	Tagesklinik der Gerontopsychiatrie
<b>Frau F4</b>	eine Tochter	Putzfrau	Physiotherapie
<b>Frau F5</b>	zwei Töchter	Nachbarn	Tagesklinik der Gerontopsychiatrie
<b>Frau F6</b>	zwei Söhne	Mitarbeiter des Restaurants	Spitex, Ferienbett im Altersheim, Reha

Tabelle 3: Übersicht der Unterstützungsangebote der pflegenden Ehefrauen

#### 4.1.1 Situationsbeschreibung Frau F1

Frau F1 ist 68-jährig und pflegt ihren 70-jährigen Mann seit ca. einem halben Jahr alleine zuhause. Das Ehepaar ist seit 45 Jahren verheiratet. Der Ehemann ist an Parkinson Plus erkrankt. Die Krankheit ist schleichend gekommen, weshalb ihr Ehemann immer mehr auf ihre Hilfe angewiesen war. Zuhause benutzt der Mann immer den Rollstuhl. Frau F1 und ihr Mann haben vorher in einem Einfamilienhaus gewohnt, welches sie verkauft haben, damit sie in einer rollstuhlgängigen Wohnung zusammen leben können.

Frau F1 hat einen geregelten Tagesablauf. Frau F1 duscht ihren Mann alleine. Im Haushalt erledigt sie die Arbeiten, welche so anfallen, wie waschen, putzen und kochen.

Sie hat Unterstützung von ihren beiden Töchtern, welche regelmässig vorbeikommen. Eine Tochter fährt ihren Ehemann während der Woche in die Tagesklinik der Gerontopsychiatrie, zur Physiotherapie und zur Logopädie. Die andere Tochter wohnt in der Deutschschweiz und besucht sie alle 2 Wochen und bleibt das Wochenende über bei ihr. Ein paar Jagdkollegen des Mannes kommen in regelmässigen Abständen vorbei und nehmen den Mann von Frau F1 für Ausflüge mit. Sie weiss, dass sie sich jederzeit bei den Nachbarn melden kann, wenn sie Hilfe braucht. Dies hat sie jedoch noch nicht in Anspruch genommen.

#### 4.1.2 Situationsbeschreibung Frau F2

Frau F2 ist 66 Jahre alt und pflegt ihren 70-jährigen Ehemann zuhause. Sie sind 42 Jahre verheiratet und haben eine Tochter, welche in der Deutschschweiz lebt. Ihr Ehemann erlitt einen schweren Apoplex im 2007. Sie pflegt ihn seit April 2008 zuhause.

Sie hat einen geregelten Tagesablauf, aufgrund der Medikamenteneinnahme und der Verabreichung der Sondenkost. Morgens um 6.00 Uhr verabreicht sie ihm die Medikamente über die Magensonde. Sie ernährt ihrem Mann über die Sonde und gibt ihm auch manchmal ein TamTam oder etwas Püriertes oral. Bei der oralen Verabreichung verschluckt er sich allerdings oft. Sie führt dies aber so durch, damit er das Essen auch schmecken kann.

Zwischendurch erledigt sie ihren Haushalt alleine. Während der Woche kommt die Spitex jeden Tag morgens vorbei. Frau F2 hilft immer mit bei der Mobilisation und bei der Körperpflege. Am Wochenende führt sie die alles alleine aus.

Sie hat Unterstützung von ihrer Tochter, welche in den Ferien oft mit dem Ehemann und den beiden Kindern nach Hause kommt und von ihren zwei Schwestern. Frau F2 und ihr Mann haben grosse Freude an ihren Enkelkindern. Eine Schwester wohnt im gleichen Haus und Frau F2 kann ihr jederzeit Bescheid geben, wenn sie Hilfe braucht.

#### 4.1.3 Situationsbeschreibung Frau F3

Frau F3 ist 56-jährig und betreut ihren an Alzheimer-Demenz erkrankten Mann. Ihr Mann ist 60 Jahre alt. Sie sind seit 34 Jahren verheiratet. Die Pflege/Betreuung zuhause besteht seit Juli 2010. Die Krankheit ihres Mannes kam sehr schleichend und war lange Zeit unbemerkt. Frau F3 äusserte, dass ihr Mann länger je mehr Hilfe und Unterstützung im Alltag braucht.

Die Körperpflege führt ihr Ehemann selbstständig aus. Er braucht Anleitung und Hilfe bei alltäglichen Dingen. Frau F3 kocht für ihren Mann vor, da sie berufstätig ist. Sie arbeitet Teilzeit als Pflegehelferin. Sie hat die Unterstützung von ihren Söhnen und von der Mutter. Eine Nachbarin geht ab und zu vorbei, wenn Frau F3 arbeitet.

Ihr Mann geht drei Mal in der Woche in die Tagesklinik der Gerontopsychiatrie, was für Frau F3 eine Stütze ist.

Zwischendurch, wenn Frau F3 nicht arbeitet unternimmt sie sehr viel mit ihrem Mann. Sie gehen oft spazieren oder machen kleine Ausflüge.

#### 4.1.4 Situationsbeschreibung Frau F4

Frau F4 ist 75-jährig und pflegt ihren Ehemann, welcher durch einen Infarkt im Rückenmark seit April 2006 im Rollstuhl sitzt. Er ist 78 Jahre alt. Das Ehepaar ist seit 51 Jahren verheiratet. Das Paar hat zwei Kinder adoptiert, da die Ehe kinderlos war. Nach vielen Jahren wurde Frau F4 schwanger und die beiden bekamen einen Sohn.

Frau F4 pflegt ihren Ehemann zuhause ohne professionelle Hilfe. Sie hat eine Putzfrau, welche alle zwei Wochen vorbeikommt und das Haus putzt. Zwischendurch macht sie andere Tätigkeiten selber. Ihre Kinder kommen gelegentlich mit den Enkelkindern vorbei. Frau F4 und ihr Mann haben sehr grosse Freude an ihren Enkelkindern und haben sie gerne um sich.

Frau F4 war vor einigen Jahren selber erkrankt, weshalb sie regelmässig nach Sitten zum bestrahlen musste. Dabei hatte ihr Mann Hilfe von der Spitex. Als es Frau F4 besser ging, hat sie die Pflege wieder selber übernommen.

Frau F4 und ihr Mann haben einen geregelten Tagesablauf, aufgrund der Selbstkatheterisierung ihres Mannes, welche er alle paar Stunden durchführt. Sie mobilisiert ihren Mann alleine und unterstützt ihn bei der Körperpflege. Damit sie die Pflege zuhause übernehmen konnte, mussten sie das Haus umbauen, damit es rollstuhlgängig ist. Ihr Ehemann hat einmal in der Woche Physiotherapie, wohin sie ihn im Winter mit dem Auto begleitet. Im Sommer fährt er mit einem elektrischen Rollstuhl alleine.

#### 4.1.5 Situationsbeschreibung Frau F5

Frau F5 ist 61-jährig und pflegt ihren 62-jährigen an Demenz erkrankten Ehemann zuhause. Das Pflegeverhältnis besteht seit 2009. Das Ehepaar ist seit 33 Jahren verheiratet.

Die Krankheit begann schleichend, ihr Ehemann bemerkte immer mehr Einschränkungen in der Arbeit und auch in der Freizeit. Durch eine ärztliche Untersuchung wurde die Demenz diagnostiziert. Von einem auf den andern Tag konnte ihr Ehemann nicht mehr arbeiten. Zudem kam noch die Verarbeitung der Krankheit hinzu. Dies war eine schwierige Zeit für Frau F5 und ihren Mann.

Frau F5 gibt ihrem Mann kleine Anstösse im täglichen Leben. Die Körperpflege kann ihr Mann selbstständig ausführen. Sie versucht ihren Mann in den täglichen Ablauf zuhause und in ihrem Haushalt zu integrieren. Sie gehen auch viel zusammen spazieren.

Unterstützung hat Frau F5 von ihren Töchtern und von Freunden und Nachbarn, welche mit ihrem Mann etwas unternehmen und ihn mitnehmen. Frau F5 ist froh über die Unterstützung. Ihr Ehemann geht zwei Tage in der Woche in die Tagesklinik der Gerontopsychiatrie. Dies empfindet sie als zusätzliche Entlastung, da sie an diesen beiden Tagen Zeit für sich hat.

#### 4.1.6 Situationsbeschreibung Frau F6

Frau F6 ist 73-jährig und pflegte ihren Ehemann, welcher 89 Jahre alt ist von 2009 bis September 2011. Sie sind seit 52 Jahren verheiratet. Ihr Ehemann hatte mehrere Hirnschläge und brauchte deshalb Unterstützung und Pflege von seiner Frau.

Frau F6 hat sich alleine um ihren Ehemann gekümmert. Mit Hilfe der Spitex ist ihr das gut gegangen. Zudem hatte sie Unterstützung von ihren beiden Söhnen. Einer dieser Söhne führt das Restaurant des Paares weiter. Dort konnte Frau F6 immer mit ihrem Mann essen gehen. Die Wohnung von Frau F6 befindet sich im gleichen Haus wie das Restaurant. Für Frau F6 war es sehr angenehm, dass sie sich nicht um das Essen kümmern musste.

Frau F6 lebt im dritten Stock, ohne Lift. Am Ende konnte ihr Mann nicht mehr laufen, weshalb es schwierig für sie war, ihn nach einem Spitalaufenthalt wieder nach Hause zu nehmen. Deshalb entschied sie sich für ein Ferienbett in einem Alters-und Pflegeheim. Der Mann bleibt vorläufig während des Winters noch im Alters-und Pflegeheim. Dort besucht Frau F6 ihn täglich und geht mit ihm spazieren.

## 4.2 Hauptthemen

Die Hauptthemen welche sich bei der Analyse der sechs Interviews gezeigt haben sind folgende:

- „Es ist wahrscheinlich für beide ein langer, langer Weg“
- „Es hat sich für mich das ganze Leben verändert“ (Rhythmus)
- „Die guten Zeiten hat man auch gehabt“ (Beziehung)
- „Dass man nicht mehr kommunizieren kann miteinander“ (Kommunikation)
- „Allein geht einfach gar nichts mehr“ (Pflegealltag)
- „Alle Hilfe annehmen“ (Unterstützung)

Nachfolgend werden die einzelnen Themen beschrieben und mit Zitaten aus den Interviews gestützt. Die Zitate sind zur besseren Lesbarkeit kursiv dargestellt und mit dem jeweiligen Interview und Zeilennummer versehen. Die einzelnen Themen stehen untereinander in Beziehung. Die Grafik der Ergebnisse befindet sich im Anschluss an die Beschreibungen der einzelnen Themen.

### 4.2.1 „Es ist wahrscheinlich für beide ein langer, langer Weg“

Dieses Zitat beschreibt das Erleben der Frauen. Es steht für die Übernahme der Pflege, für die Umstellung, aber auch für die Beziehung der Ehepaare, für die veränderte Kommunikation seit der Erkrankung des Mannes und für die Unterstützung. Dieses Zitat steht als Übertitel über allen Themen.

### 4.2.2 „Es hat sich für mich das ganze Leben verändert“ (Rhythmus)

Die Pflege der Ehemänner verändert für die Frauen alles.

*Es hat sich für mich das ganze Leben verändert. (F1, 469-470)*

*Ja total alles. (F2, 156)*

Die Frauen beschreiben, dass man die aktuelle Situation nicht mit vorher vergleichen kann. Es war für sie eine grosse Umstellung. Sie sagen aber, dass sie sich daran gewöhnt haben und versuchen, immer das Beste daraus zu machen. Sie haben inzwischen den Rhythmus in ihrem Alltag gefunden.

*Weil man kann es einfach/man kann es einfach nicht vergleichen mit vorher. (F5, 294-295)*

*Es ist einfach/es ist jetzt einfach, unser Leben, das wir jetzt haben. Und jetzt müssen wir einfach jeden Tag, das Beste daraus machen. (F4, 486-488)*



*Ja gut, dass ist eine rechte Umstellung als vorher, aber ähm, eben in der Zwischenzeit ist/das ist bei uns jetzt schon vier Jahre und man hat sich jetzt ein bisschen daran gewöhnt und hat man auch den Rhythmus ein bisschen gefunden, und von daher geht das eigentlich nicht so schlecht. (F5, 5-9)*

Als Veränderung seit der Übernahme der Pflege beschreiben die Frauen auch einen Verzicht, welchen sie haben. Sie können nicht überall gehen und beschreiben dies als gebunden sein durch die Pflege zuhause.

*Und dann kann man/und dann muss man vielemal muss man auch verzichten (F4, 287-288)  
Was einfach fast das Schlimmste ist, man kann nirgendwo gehen, man ist so gebunden gewesen (F6, 134-136)*

Die sozialen Kontakte haben sich bei den Frauen reduziert. Der Kontakt ist nicht mehr so vorhanden wie vor der Übernahme der Pflege. Einigen Frauen fehlt auch das Gespräch mit ihren Freunden.

*ähm für mich hat sich in dem Sinn auch verändert mhm, ich gehe halt wenig hinaus, ich habe wenig Kontakt mehr. Ich vermisse das schon auch, ich bin vorher auch regelmässig arbeiten gegangen. Jetzt das ist vorbei, dass geht einfach nicht mehr. Und ähm, das fehlt mir schon, ich habe gerne Kontakt mit Menschen gehabt. (F1, 221-226)*

*Und nachher habe ich auch so mit den Freundinnen und mit der Schwester/oben haben wir nebeneinander gewohnt und dann haben wir viel zusammen unternommen. Und das alles ist halt auch weggefallen. Also sagen wir mal, die Kontakte mit Freunden oder so, dass ist äh, das ist einfach/das liegt nicht mehr drin. (F1, 230-235)*

*Wenn ich mit niemandem reden kann. Dann kaufe ich lieber irgendwie eine Zeitung, auch so eine Illustrierte oder eine Zeitung und dann komme ich nach Hause und dann mache ich mir halt hier ein Kaffee und so. (F4, 426-429)*

Ebenso hat sich die Freizeit verändert. Die Frauen haben oftmals das Vereinsleben aufgegeben oder können nur noch eingeschränkt daran teilnehmen.

*Ich habe natürlich früher auch gerne Theater gespielt...und ähm, dass habe ich natürlich direkt, wo mein Mann im 2005 erkrankt ist, halt sofort aufgeben müssen. Erstens einmal, hätte ich nicht mehr die Kraft gehabt auf der Bühne etwas zu machen und zweitens kann ich nicht jederzeit am Morgen, kann ich einfach nicht früh aus dem Haus gehen. Dann habe ich dies sofort abgeben müssen. Das hat/war natürlich sehr hart für mich. Ich habe das sehr gerne gemacht. Aber ähm, das geht schon. Ich kann auch sein ohne das. (F4, 165-173)*

Eine Frau sagt, dass sie sich jedoch versucht zu organisieren, so dass sie immer am Turnen teilnehmen kann.

*Und Freizeit, die kommt bei mir vielleicht schon ein bisschen zu kurz. Aber, das ist jetzt für mich nicht so/ich schaue schon, dass ich so gewisse/ich bin noch im Turnverein dabei und da schaue ich schon, also das ist mir schon wichtig. (F5, 226-229). Und wenn wir Sitzungen haben und so, dann organisiere ich mich einfach. (F5, 234-235)*

Damit die Frauen die Pflege zuhause übernehmen konnten, mussten viele ihre Wohnung oder ihr Haus umbauen oder ihr Haus verkaufen, um in eine rollstuhlgerechte Wohnung umzuziehen. Sie haben zum Teil Wände und Türen herausgenommen oder Türen verbreitert. Viele Frauen haben auch das Bad umgebaut, damit es für die Pflege besser geeignet ist. Viele haben sich Hilfsmittel angeschafft, was die Pflege zuhause erleichtert hat. Viele haben einen Duschstuhl, einen Rollstuhl oder auch ein Pflegebett.

*Und darum haben wir auch/er hat gesagt jetzt müssen wir halt das Haus verkaufen. (F1, 188)*

*Und mhm wir sind 38 Jahre dort in dem Haus gewesen und also es hat uns beiden weh getan (F1, 202-203)*

*Ich habe die Wohnung umgeändert sofort (F2, 185)*

Eine Frau beschreibt, dass es nicht einfach war, dass sie finanziell alleine für den Umbau ihres Hauses aufkommen mussten.

*Wir haben alles selber müssen/ wir haben für alles selber aufkommen müssen. Es ist nicht so einfach, aber das ist soweit einfach gegangen, "gälltet". (F4, 148-151)*

#### 4.2.3 „Die guten Zeiten hat man auch gehabt“ (Beziehung)

Für die Frauen spielt die Beziehung zu ihrem Mann eine grosse Rolle, als Motiv für die Übernahme der Pflege. Weil sie eine gute Beziehung schon vor der Übernahme der Pflege hatten, machen sie es auch lieber. Das Eheversprechen ist eine zentrale Aussage der Frauen, sowie die Übernahme aus Liebe.

*Ich meine wir haben/eben wir sind jetzt 32 Jahre zusammen verheiratet und die guten Tage hat man zusammen auch verbracht (F5, 201-203)*

*Weil er ist immer recht gewesen mit mir gewesen, und dann mache ich das auch mit Liebe (F2, 176-177)*

*äh und das ist eigentlich...weil wir eigentlich einander gut verstanden haben oder so, kann ich das auch besser machen, muss das schon sagen. (F4, 267-269)*

*Weil wir gesagt haben in guten und in bösen Tagen. In guten und in schlechten Zeiten...((5))...und das ist für mich Priorität. Das ist also für mich/also ganz ganz wichtig. (F4, 455-457)*

*Wir haben vorher eine gute Beziehung gehabt und die haben wir jetzt auch. (F1, 397-398)*

Eine Frau merkt an, dass die Erziehung und ihre Generation eine grosse Rolle spielt beim Thema häusliche Pflege. *Gut ich glaube/eben ich gehöre natürlich schon/oder auch unser Umfeld ist schon auch noch von der Generation, dass man so Sachen eigentlich noch übernimmt. Ich denke, dass kommt schon noch so von der Erziehung her, dass man das/ (F5, 273-277)*

Die Frauen sind zum Teil auch umgezogen, damit sie zusammen leben können. Viele Frauen sagen, dass sie nicht glücklich wären, wenn ihr Mann im Altersheim wäre.

*Und mhm, ich denke schon, wir sind ja dafür umgezogen, dass man zusammen sein kann, so lange dass geht. (F1, 339-340)*

*Und ich denke mir, so ein Heim, dass wäre furchtbar. Das wäre aber auch für mich sehr schlimm. (F1, 478-480)*

Die Frauen haben sich entschieden, die Pflege ihres Mannes zu übernehmen und haben sich dafür entschlossen. Die Frauen sagen, dass sie die Pflege gerne machen und auch stolz auf sich sind, dass sie dieses gut machen. Sie haben Freude, dass ihnen die Pflege zuhause ihnen gut geht. Solange ihnen dies körperlich geht und sie die Pflege übernehmen können, tun sie dies gerne.

*Ähm, ich habe Freude, dass ich das „mag“ und kann....da habe ich wirklich/bin ich mit mir selber zufrieden und dass ich die Kraft und/und die Motivation habe und gesagt habe...der Weg gehe ich und der Weg will ich auch gehen und der mache ich auch, sowohl dass ich die Gesundheit habe, kann ja Morgen nichts mehr sein, aber das wissen wir alle nicht. (F2, 170-175)*

*und ich denke jetzt so lange ich das körperlich noch machen kann ist das für mich keine/keine Frage. (F5, 203-204)*

*Dass das mir also nie zu viel ist und das ist natürlich auch/das bringt natürlich/ solange das ich jetzt Kraft habe, "gälltet", und das machen kann, dann ist das da und wenn halt dann mal irgendetwas kommt, dass man es nicht mehr machen kann, dann muss man dann auch andere Wege suchen, wissen Sie. (F4 461-466)*

Eine Frau sagt, seit ihr Mann vorübergehend im Ferienbett des Altersheimes ist, gehe es ihr schlechter. Sie war zufriedener, als ihr Mann noch zuhause war.

*dann ist das/ hätte ich nie gedacht, den Mann ins Heim zu geben...Aber es ist eigentlich, ich bin einfach zufriedener gewesen, als jetzt...(F6, 272-285).*

#### 4.2.4 „Dass man nicht mehr kommunizieren kann miteinander“ (Kommunikation)

Die Kommunikation spielt für die Frauen eine grosse Rolle. Sie hat sich seit der Übernahme der Pflege verändert. Es ist für die Frauen sehr schlimm, dass sie nicht mehr wie vorher mit ihrem Mann reden können. Die Kommunikation hat sich aufgrund der Krankheit der Ehemänner verändert. Bei vielen Frauen ist es so, dass der Mann gar keine Antwort zurückgibt und daher das Gespräch fehlt.

*Nur ein bisschen reden. Aber das ist auch das Problem, man versteht ihn länger je schlechter. Und äh, das ist auch für mich das Problem, ich muss manchmal drei und vier mal nachfragen und äh das ist auch für ihn unangenehm oder dass sind einfach so Sachen die kommen und mhm man muss das Beste daraus machen. (F1, 248-253)*

*Also ein Rollstuhl und die Pflege wäre noch das Kleinste. Das Meiste was mich „mag“ ist, das er nicht mehr redet. [leise] ...((4))... dass man nicht mehr kommunizieren kann miteinander (F2, 156-162)*

*Aber er redet kein Wort. Wenn er/Was man fragt, kriegt man eine Antwort und in letzter Zeit überhaupt schon viel weniger wieder. (F6, 49-55)*

Für die Frauen, welchen ihren an Demenz erkrankten Ehemann zuhause betreuen und pflegen hat sich die Kommunikation ebenfalls verändert.

*Ja, ja einfach re/ einfach geredet hat man ja/hat man ja miteinander immer, oder. Jetzt ist es einfach ein bisschen anders und so tut man einfach reden und ein bisschen mehr und anders, oder. (F3, 861-864)*

*und was halt auch das Gespräch fehlt einem. Das ist halt...das ist halt schon, man muss einfach immer, ja, ich rede schon mit ihm, aber es kommt einfach nichts zurück. Und das ist halt schon das, was eigentlich das Schlimmst/das Schlimmste ist. (F5, 217-220)*

#### 4.2.5 „Allein geht einfach gar nichts mehr“ (Pflegealltag)

Die Ehefrauen übernehmen die Körperpflege der Ehemänner, helfen ihnen bei der Mobilisation, verabreichen Medikamente und erledigen den Haushalt. Auch wenn die Frauen das Angebot der Spitex nutzen, helfen sie immer aktiv bei der Pflege mit. Die Frauen beschreiben oft, dass ihr Ehemann ein Pflegefall ist.

*Beim Aufstehen braucht er einfach Hilfe, beim Duschen braucht er Hilfe, alleine geht einfach gar nichts mehr. (F1, Z 17-19)*

*Weil er ist ja total ein Pflegefall. (F2, 156)*

*Und mit der Spitex klar und geht gut mit denen, ist super. Und eben am Morgen um 6.00 Uhr gebe ich ihm zuerst die Medikamente und nachher zwischen halb acht und acht Uhr kommen sie ihn pflegen, dann waschen wir ihn, wie das so geht. Aufnehmen und dann gehen sie und dann gebe ich ihm das Morgenessen. (F2, 27-31)*

Die Frauen, die an Demenz erkrankten Ehemänner beschreiben die Pflege eher als Betreuung, da die Männer noch in einem früheren Stadium sind.

*Pflege, ich kann/Sie sagen Pflege, ich kann das nicht so sagen/ich kann das noch nicht so sagen Pflege, für mich ist das noch keine Pflege. Für mich ist das immer noch mein Mann. (F3, 789-791)*

*Pflege/ in dem Sinn muss ich ihn nicht pflegen, weil er zieht sich selber an und macht einfach noch ein bisschen alles selber noch. Ich muss ihm manchmal halt sagen, jetzt musst du duschen oder ich muss ihm sagen, dass er die Kleider wechseln soll, das so jetzt schon. Also pflegen, dass ich ihn waschen muss und das noch nicht. (F3, 6-11)*

*ja er würde einfach/er bräuchte von daher einfach Unterstützung, dass ich ihn/ihm das sagen muss, er sollte, ja eben heute musst du das Saubere anziehen und das (F5, 117-119)*

*Und von daher muss man schon immer schauen. Mhm, aber so duschen und so macht er schon, das macht er schon selber, aber eben es ist schon/es fängt halt schon da an, eben das Shampoo, für was braucht man das, ja. Dann zeige ich ihm gerade: schau, dass ist das Shampoo und äh, und dann tue ich ihm einfach so/ich bin gerade dabei/man muss es ihm nur darstellen und dann ist gut. (F 5, 124-130)*

*Man muss ihm nur so kleine Anstösse geben und dann geht es gut, hä. (F5, 134-137)*

Die Frauen beziehen ihre an Demenz erkrankten Ehemänner weit möglichst in den Alltag ein. Sie gehen oft spazieren oder unternehmen etwas gemeinsam. Sie beziehen ihre Ehemänner im Haushalt, in der Küche oder auch im Garten mit ein.

*Und dann im Sommer sind wir meistens am Morgen etwas machen gegangen, sind wir in den Garten oder oder auch laufen gegangen, aber jetzt im Winter, am Morgen macht er/tut er/ich mache den Haushalt und er macht etwas für ihn zum Arbeiten, so gebe ich ihm/dann frage ich ihn auch ob er mir etwas macht, sei es wenn ich am Bügeln bin, dann die leichteren Sachen, lege ich auf die Seite und dann kann er die machen oder, oder etwas rüsten, Salat rüsten oder etwas in der Küche helfen (F5, 76-84)*

*und am Nachmittag gehen wir immer/unternehmen wir immer etwas. Und jetzt ist meistens, dass wir irgendwo gehen, das wir/manchmal gehen wir nach B. einen Spaziergang machen und viel gehen wir eben halt laufen, dass wir irgendwo/das ist halt schon das lau/das ist etwas, was uns sehr/wir haben schon vorher immer zusammen gelaufen und jetzt halt/seitdem er krank ist, ist das schon das, was uns am meistens geholfen hat. (F5, 94-101)*

*er rüstet mir immer das Gemüse und das, dann hat er Arbeit, oder ich muss ihn viel beschäftigen (F3, 185-186)*

Die Frauen erwähnen, dass ihre Ehemänner in der Nacht gut schlafen können und sehr ruhig sind. Sie denken, wenn das nicht so wäre, würde es sicher anders aussehen mit der Pflege zuhause.

*Und ähm, was ich jetzt noch so das grosse Glück ist, dass mein Mann in der Nacht...dann auch sehr ruhig ist. Das ich doch ein paar Stunden schlafen kann. (F4, 209-211)*

*was er natürlich er auch noch hat, er schläft in der Nacht halt super. Ja. Das ist halt/das ist halt auch nicht selbstverständlich. Wenns/wenn er jetzt natürlich die ganze Nacht keine Ruhe hätte und ich nicht schlafen könnte, dann müsste man einfach/das geht eine Weile und nachher geht das nicht mehr...(F5, 326-331)*

Die Frauen sagen, dass sie merken, wie sie an Grenzen stossen. Die Männer brauchen die Frauen mehr und sind auf mehr Pflege angewiesen.

*Ich mache es gerne, aber ich spüre, je mehr er mich braucht, ich komme schon auch an meine Grenzen, also körperlich, das ich es schlecht machen kann und abends hundemüde bin. (F1, 470-473)*

*Und äh, wissen Sie, dass merke ich jetzt mit den Jahren/merkt man das natürlich ganz fest, dass man am Abend, dass man einfach müde ist. Das ich/das ich früher/früher konnte ich auch am Abend länger fernsehschauen, bis der Mann bereit war, dass wir dann gemeinsam ins Bett gehen konnten. Und wie gesagt, dass ich/dass ich einfach manchmal schon sage, ich gehe ins Bett ich kann nicht mehr. (F4, 467-473)*

#### 4.2.6 „Alle Hilfe annehmen“ (Unterstützung)

Die Frauen erwähnen, dass sie viel Unterstützung und Entlastung durch ihre Kinder und ihre Familien erfahren. Auch wenn die Kinder weiter weg wohnen, ist es für die pflegenden Ehefrauen wichtig, zu wissen, dass diese sie unterstützen. Wenn die Kinder weiter weg wohnen, kommen diese oft zu Besuch und entlasten die Frauen. Die informelle Hilfe durch den Freundeskreis oder durch Nachbarn beschreiben die Ehefrauen ebenfalls.

*Auf der anderen Seite bin ich äh schön eingedeckt mit meinen Kinder, also ich habe zwei Töchter. (F1, 124-125)*

*Und eine wohnt hier in der Nähe und eben da muss ich nur ein Telefon geben, wenn ich ihn jetzt nicht aufbringe oder wenn jetzt etwas Tragisches passiert. (F1, 126-128)*

*Und äh das sind auch Jahrgänger und da kommen zum Beispiel zwei kommen regelmässig, also so alle 14 Tage oder alle drei Wochen und weil sie eben wissen, dass er nicht gerne im Rollstuhl ist, kommen sie dann zu zweit und dann können sie, dass sind ja starke Männer, und dann können sie ihn halten und dann machen sie so einen Ausflug irgendwo, einmal, das letzte Mal sind sie in ein kleines Bergdorf gegangen oder das vorletzte Mal sind sie auf ein anderes kleines Bergdorf, sie machen mit ihm wirklich so schöne Ausflüge, dass ist für mich natürlich auch schön, dann bin ich mal gerade so ein paar Stunden/weiss ich er hat es halt auch schön, also es gibt eine Abwechslung, als nur hier auf dem Stuhl. (F1, 271-282)*

*Aber ich habe eine Schwester unten, welche dort wohnt, und eine in der Nähe und die Tochter, die Tochter wohnt in der Deutschschweiz, wir haben nur eine Tochter. Die ist dort verheiratet und die kommen so am Samstag, Sonntag und dann helfen die, darum habe ich Samstag, Sonntag die Spitex nicht. (F2, 49-54)*

Als professionelle Hilfe nehmen die Frauen vor allem die Tagesklinik der Gerontopsychiatrie und die Spitex in Anspruch. Dies sehen die Frauen als Unterstützung bei der häuslichen Pflege an. Die Physiotherapie und die Logopädie die viele Frauen auch erwähnen, stellt für sie eine weitere Unterstützung in der häuslichen Pflege dar.

*Also die Spitex ist eine grosse Stütze, das muss ich ehrlich sagen. (F6, 252)*

*Gut ich gehe ja/er geht ja zwei Tage in die Tagesklinik, das ist natürlich von daher super. (F5, 145-146)*

*Aber eben, das ist, ich bin schon froh, dass ich diese beiden Tage für mich habe, das ist schon super. (F5, 262-263)*

*und dann haben wir zwei Mal in der Woche Therapie, Logopädie unten bei der Logopädin. Und zweimal, hinab eben. Und zweimal kommt der Physiotherapeut zu uns. Immer Dienstag und Freitag kommt eben die Physiotherapie. (F2, 58-61)*

Die Frauen beschreiben, dass man alle Hilfe annehmen sollte. Die Frauen haben die Wohnungen umgebaut oder sind umgezogen, damit sie in eine rollstuhlgerechtere Wohnung zusammen leben können. Die pflegenden Ehefrauen beschreiben, dass es wichtig ist, dass man alle Hilfe annimmt und auch alle Hilfsmittel organisiert.

*alle Hilfe annehmen und alle Hilfsmittel installieren, was man/ das ist noch so/ich habe die Wohnung umgeändert sofort, wenn er noch in Leukerbad gewesen ist, dann habe ich die Türen verbreitert, eine extra Dusche gemacht, habe sofort das Pflegebett zugetan, sofort den Rollstuhl mit Motor zugetan, für das ich hinausgehen kann, damit ich nicht selber stossen muss. (F2, 184-189)*

*ja, aber das habe ich in Leukerbad gelernt, da bin ich immer dageblieben und habe ich immer so eine Woche zwei dortgeblieben für's Lernen. Und durch das konnte ich ihn auch nach Hause nehmen, ansonsten keine Chance. Weil es ist ein voller Pflegefall. (F2, 79-83)*  
*wir sind an Hilfsmittel gut ausgerichtet so, ja, wenn wir das nicht hätten, könnte ich also das nicht so machen (F4, 26-28)*

Die Unterstützungs- und Entlastungsangebote in ihrer Gegend sehen die Frauen als vielfältiges Angebot. *Nein, die Angebote sind sehr gut, ich könnte ja überall anrufen und könnte zu jederzeit (F2, 207-208)*

Die Frauen beschreiben als Bewältigungsstrategien die Vereine, die sie beibehalten haben. Ebenso sehen die Frauen es als Abwechslung, wenn jemand vorbei kommt um einen Kaffee zu trinken. Auch wenn die eigenen Kinder und Enkelkinder vorbeikommen, sehen die Ehefrauen dies als Abwechslung und haben Freude, wenn sie kommen.

*Und am Abend/am Abend, was ich jetzt auch noch habe, einmal in der Woche gehe ich turnen. Das habe ich eigentlich so behalten. (F4, 163-165)*

*Und dann jassen wir alle 14 Tage ein bisschen am Nachmittag. Dann hat auch der Mann ein bisschen eine Abwechslung und so. Am Schluss hocken wir zusammen und trinken ein Tee oder nehmen zusammen etwas. Das ist so im Winter die Abwechslung die wir haben, sonst haben wir auch nicht so. (F4, 441-445)*

*Und ähm, ja zwischendurch was wir natürlich auch so, ähm an Freude erleben können, wenn die Enkelkinder kommen...und ähm, das ist eigentlich so...das gibt einem auch so eine Abwechslung, wissen Sie. (F4, Z 213-217)*

Der Glaube ist für die Frauen wichtig. Auf der einen Seite ist das Eheversprechen ein zentrales Thema bei den Ehefrauen, aber auch der Glaube, der hilft und ihnen Kraft gibt.

*wir haben auch unseren Glauben...und ähm...und ich glaube und das hilft uns auch/das hilft uns auch, wissen Sie. Das ist einfach...wir hab/glauben an das und ähm, und wir hoffen, dass wir von irgendwo Kraft bekommen. (F4, 631-635)*

Ein weiterer wichtiger Aspekt, welchen die Frauen ansprechen, sind die Ferien. Die Ehefrauen sagen, dass sie nicht einfach in die Ferien wegfahren könnten ohne ihren Mann. Sie möchten ihn nicht ins Alters- und Pflegeheim geben und dann eine Woche wegfahren oder sie möchten ihn auch nicht zuhause lassen und dann kommen fremde Leute vorbei, die ihn dann pflegen.



*Ich hätte gar keine Ferien, für mich wären das keine Ferien, wenn ich irgendwo weg wäre und denken müsste, mein Mann ist da und ich bin hier. Das wäre für mich keine Ferien. Wir sind immer entweder zusammen gegangen oder wir sind nicht gegangen früher, "gälltet". Das wäre für mich einfach keine Ferien. (F4, Z 699-704)*

*Aber jetzt so eine Woche gehen, nein, da bin ich nicht im Stande. Dann müsste ich ihn irgendwo geben, weil sie wüssten ihm fast nicht wie tun, allein. Schon mit der Kost und mit allem, müssten dies das wochenlang lernen oder wie ich das auch gelernt habe. (F2, 140-144)*

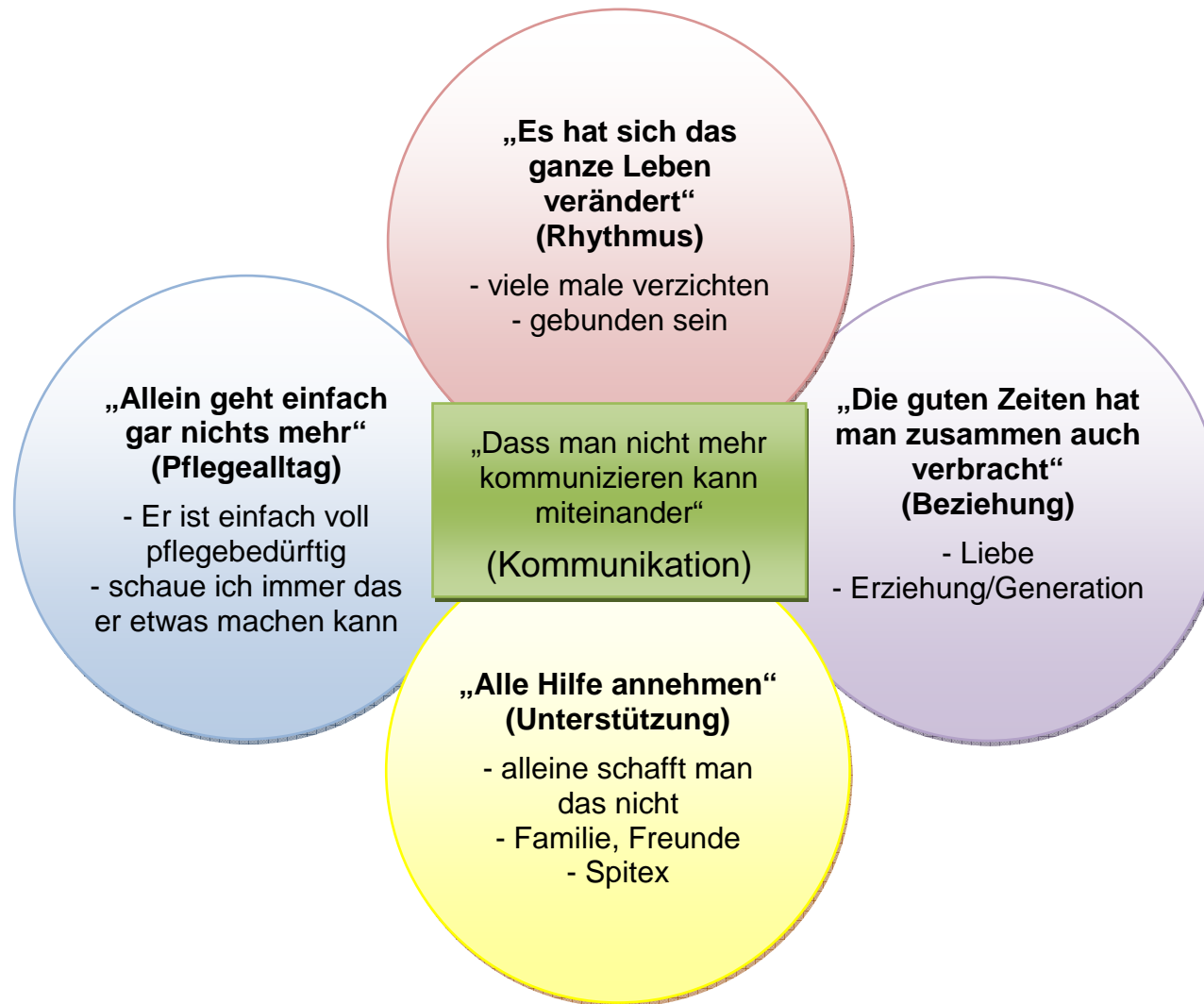
Eine Frau ist mit ihrem Mann gemeinsam in die Ferien gefahren. Die Alzheimerferien war für die beiden eine positive Erfahrung, welche sie gerne nochmals wiederholen, wenn es ihre Gesundheit zulässt.

*...hat dann die Tochter, ist dann in die Alzheimerseiten hineingegangen vom Internet und dann ist sie da auf/auf Alzheimerferien gestossen für jung/jüngere Ehepaare, also Ehepaare oder Paare unter 70. Und dann haben wir/haben sie mir einmal mir die Idee mal gefund/gebracht und dann habe ich gesagt, dass wäre eigentlich/könnte man eigentlich mal machen. Und letztes Jahr haben wir uns dann dort angemeldet und dann im letzten Sommer sind wir da gegangen und das ist auch eine sehr positive Erfahrung, welche wir dort/welche wir dort gemacht haben. (F5, 380-389)*

Viele Frauen erwähnen, dass sie die Pflege übernommen haben und dass es ihnen gut gehe. Sie denken, dass es gut ist, dass sie das machen können und auch gerne machen. *Eigentlich...ich habe das da einfach gemacht und ich habe das machen können und dann habe ich das gemacht, wissen Sie. (F6, 133-134)*

#### 4.2.7 Darstellung der Ergebnisse als Grafik

Die einzelnen Themen, welche sich aus den sechs Interviews mit pflegenden Ehefrauen ergeben haben, sind einzeln beschrieben. Die Themen stehen untereinander in Beziehung und sind nicht strikte auseinander zu halten. Die folgende Grafik zeigt die einzelnen Themen und dass sie in Beziehung miteinander stehen.



„So ist es für beide ein langer, langer Weg“



## 5. Diskussion

Im Folgenden Abschnitt wird zunächst die Forschungsfrage beantwortet. Anschliessend werden die Ergebnisse mit Resultaten anderer Untersuchungen diskutiert. Danach folgt die kritische Würdigung der Arbeit.

### 5.1 Beantwortung der Forschungsfrage

Die zu beantwortende Frage lautet: Wie erleben pflegende Ehefrauen als Hauptpflegeperson den Pflegealltag? Ziel war es, das Erleben der pflegenden Ehefrauen zu verstehen und zu beschreiben, was erreicht werden konnte.

Perrig-Chiello et al. (2010) zeigt in ihrer Arbeit, dass das durchschnittliche Alter von pflegenden Ehefrauen bei 74.5 Jahre liegt. In der vorliegenden Arbeit lag das Durchschnittsalter der Ehefrauen tiefer bei 66,5 Jahren. Das durchschnittliche Alter männlichen pflegebedürftigen Personen lag laut Perrig-Chiello et al. (2010) bei 81.7 Jahren. In der vorliegenden Arbeit lag das durchschnittliche Alter der sechs pflegebedürftigen Ehemänner mit 71.5 Jahren wie das Durchschnittsalter der pflegenden Ehefrauen tiefer.

Ein Thema, welches von allen Frauen beschrieben wurde, war: *Es hat sich das ganze Leben verändert*. Perrig-Chiello et al. (2010) weist in ihrer Studie auf Auswirkungen der Betreuung auf das Eigene Leben, wie beispielsweise die negativen Auswirkungen auf Freundschaften und das Gefühl gefangen zu sein. In der vorliegenden Arbeit konnte herausgefunden werden, dass die Ehefrauen ebenfalls beschreiben, dass der Freundeskreis abgenommen hat oder auch dass sie das Gefühl haben, gebunden zu sein, wie eine Frau dies beschreibt. Thruow (2005) weist darauf hin, dass pflegende Angehörige oftmals weniger Freizeit haben und auch andere Lebensbereiche vernachlässigen.

Viele pflegende Angehörige sind rund um die Uhr für den Pflegebedürftigen da (Meyer, 2006). In der vorliegenden Arbeit beschreiben manche Frauen ebenfalls, dass sie immer da sind

Die Pflege wird bei den Ehefrauen, welche ihre an Demenz erkrankten Partner pflegten eher als Betreuung beschrieben. Eine Frau beschreibt, dass es immer noch ihr Mann ist. Die Gespräche seinen anders geworden, aber man redet immer noch miteinander. Eine andere Frau beschreibt, dass man jetzt alles alleine macht, da man einen kranken Partner hat. Allwicher (2009) beschreibt den Aspekt des Beziehungsverlustes und auch den Verlust der Person so, wie man sie vorher gekannt hat.

Untermoser (2010) zeigen verschiedene Aufgaben mit welchen pflegende Angehörige vor allem mit Demenzkranken Angehörigen konfrontiert sind.

Unter anderem zählen folgende zu ihren Aufgaben: Tag und Nacht beaufsichtigen, Persönlichkeitsveränderungen und auch der tägliche Hilfestellung im Alltag oder auch den Rollentausch. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit weisen darauf hin, dass Pflegende Ehefrauen, welche ihren an Demenz erkrankten Partner pflegen, ebenfalls äussern, dass sie ihrem Mann eine tägliche Hilfestellung geben. Das Tag und Nacht Beaufsichtigen beschreiben die Ehefrauen beide nicht, da sie sagen, dass ihr Mann in der Nacht sehr ruhig ist und gut schläft.

Perrig-Chiello et al. (2010) beschreiben, dass die Pflegenden Angehörige von den Familien und von Freunden unterstützt werden. Für die Ehefrauen in der vorliegenden Arbeit, zeigte sich, dass sie vielfältige Unterstützung von ihren Familien, insbesondere von den eigenen Kindern erfahren. Ebenso spielen die eigenen oder die Geschwister des Mannes eine grosse Rolle. Nachbarn und Freunde unterstützen die pflegenden Ehefrauen ebenfalls bei der Übernahme der Pflege. Diese Unterstützung aus der Familie und dem Bekanntenkreis sehen die Frauen als Abwechslung und auch als direkte Entlastung bei der häuslichen Pflege. Sie können in der Zeit etwas für sich unternehmen oder sie können Aufgaben abgeben.

Als professionelle Dienste werden von den pflegenden Ehefrauen vor allem die Spitex und die Tagesklinik der Gerontopsychiatrie genannt. Dies empfinden die Frauen als eine grosse Unterstützung.

Viele Frauen, welche zurzeit keine Spitex in Ansprache nehmen, können sich vorstellen zu einem späteren Zeitpunkt das Angebot der Spitex wahr zu nehmen.

Der Glaube spielt bei den Ehefrauen der vorliegenden Arbeit eine grosse Rolle. Sie bekommen dadurch Kraft und können leichter die Pflege übernehmen. Perrig-Chiello et al (2010) beschreiben, dass als Coping-Strategie die Religion genannt wurde. Die Autorin der vorliegenden Arbeit merkt an, dass der Glaube im Oberwallis bei der älteren Generation eine grosse Rolle spielt. Eine Frau merkt auch an, dass ihre Generation eher noch die Pflege eines Angehörigen übernimmt. Auch das Eheversprechen wird von den Frauen oftmals erwähnt, weil es ihnen sehr viel bedeutet und ihnen wichtig ist.

Im Wallis gehören rund 75% dem römisch-katholischen Glauben an (Bundesamt für Statistik [BFS], 2012). Das Wallis ist vom Glauben geprägt. Der Glaube spielt vor allem bei der älteren Bevölkerung eine grosse Rolle. Dies ist auch deutlich in den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit zu sehen. Es muss allerdings angemerkt werden, dass jeder Mensch seinen Glauben individuell lebt.

Laut Schneekloth und Wahl (2005) hat nur rund ein Drittel die Wohnung pflegegerecht ausgebaut hat. In der vorliegenden Arbeit sagen fast alle Ehefrauen, dass sie ihre Wohnung dementsprechend umgebaut haben. Eine Frau ist in eine rollstuhlgerechte Wohnung gezogen, andere haben die Wohnung umgebaut. Sie haben zum Teil Türen verbreitert, das Bad umgebaut und viele haben sich Hilfsmittel angeschafft, wie zum Beispiel einen Duschstuhl oder ein Pflegebett. Die Frauen erwähnten, dass es ohne diese Anpassung in der Wohnung oder im Haus gar nicht möglich gewesen wäre, die Pflege ihres Ehemannes zu übernehmen.

Wie Corbin und Strauss (2010) beschreiben die Frauen die Übernahme der Pflege und den Umgang mit einer chronischen Erkrankung als ein langer Prozess. *Es ist für beide ein langer, langer Weg.* Die Krankheit sei schleichend gekommen, daher konnten einige Frauen auch nicht genau sagen, seit wann sie ihren Mann pflegen. Es habe mit kleinen Sachen angefangen, wo sie ihren Mann unterstützt haben. Die pflegenden Ehefrauen äussern auch, dass sie merken, dass ihr Mann sie immer mehr braucht. Da stossen die Frauen auch eher an Grenzen, wenn sie merken, dass sie immer mehr gebraucht werden. Die Frauen beschreiben auch, dass ihr Mann verschiedene Phasen durchmachte. Eine Frau beschreibt, dass es zu einem Krankenhausaufenthalt kam. Nach dem Spitalaufenthalt konnte der Mann wieder nach Hause. Durch die Therapien und die Medikamenteneinstellung hat sich die Situation zuhause sehr verbessert. Corbin und Strauss (2010) zeigen in den Stadien einer chronischen Erkrankung auf, dass es Phasen einer Verschlechterung gibt, in welcher ein Spitalaufenthalt nötig wird. Die Phasen verlaufen individuell und auch nicht in der Reihenfolge der Phasen.

Friedemann und Köhlen (2010) beschreiben, dass die ganze Familie von einer Krankheit eines einzelnen Familienmitgliedes betroffen ist. Daher ist ihr Ansatz auch, dass die ganze Familie gestärkt werden soll. In der vorliegenden Arbeit konnte herausgefunden werden, dass pflegende Ehefrauen ebenfalls sagen, dass sich ihr Leben nicht nur durch die Übernahme der Pflege verändert hat, sondern vor allem auch durch die Krankheit ihres Mannes. Da viele Krankheiten, wie Demenz, Parkinson plus oder die vielen kleinen Schlaganfälle der Männer schleichend eine Verschlechterung herbeigeführt haben, war es ein langer Prozess für die Frauen. Sie merkten wie es ihrem Mann zunehmend schlechter geht. Sie können daher nicht genau sagen, seit wann sie ihren Mann pflegen, weil es mit kleinen Unterstützungen im Alltag angefangen hat. Die akut eintretenden Veränderungen wie ein schwerer Schlaganfall oder einen Rückenmarksinfarkt verändert die Situation in der Familie von einem Tag auf den anderen, was die Frauen auch so beschreiben.

Eine Frau geht sehr offen mit der Krankheit Alzheimer-Demenz ihres Mannes um. Sie hat die Familie und Nachbarn informiert. Sie hat die Mitarbeiter eines Einkaufszentrums, die sie gut kennt, informiert, da ihr Mann dort öfters einkauft. Sie meint, dass es ja nichts bringt, es zu verheimlichen oder zu verstecken.

## 5.2 Kritische Würdigung der Arbeit

Für die vorliegende Arbeit wurde die phänomenologische Methode gewählt, um einen Einblick in die Lebenswelt der pflegenden Ehefrauen zu erhalten. Dies war überhaupt der erste Versuch im Raum Oberwallis in dieser Thematik etwas zu machen, da auch keine andere Literatur gefunden werden konnte. Die phänomenologische Methode hat sich als eine gute Methode erwiesen. Mittels biographisch-narrativen Interviews mit einem problemorientierten Nachfrageteil konnte die Autorin einen guten Einblick in die Lebenswelt der pflegenden Ehefrauen erhalten. Die Methode der biographisch-narrativen Interviews erwies sich somit als geeignete Methode.

Mit sechs Studienteilnehmern handelt es sich um eine eher kleine Stichprobe. Es kann nicht gesagt werden, dass die Datensättigung erreicht ist, aber die Ergebnisse zeigen, dass eine Beantwortung der Forschungsfrage möglich ist.

Die Stichprobe ist eine homogene Gruppe, da alle Interviewpartnerinnen verheiratet sind. Die Ehedauer ist bei allen sechs Frauen sehr lange. Die durchschnittliche Ehedauer lag bei 42.8 Jahren (33 bis 52 Jahre).

Da die Verteilung der Flyer in Arztpraxen, Apotheken und in den Spitälern nicht sehr erfolgreich war, wendete sich die Autorin an Fachpersonen, welche oft Kontakt mit pflegenden Angehörigen hat. Die Autorin hat ebenfalls Flyer in ihrem Bekanntenkreis verteilt. Dadurch meldeten sich sechs Interviewpartnerinnen. Da die Suche vor allem mittels Fachpersonen erfolgte, konnten nicht so viele pflegende Ehefrauen ohne professionelle Unterstützung gefunden werden.

Die vorliegende Stichprobe erfüllt die Kriterien, welche in der Forschungsgruppe festgelegt worden sind. Die Frauen sind Hauptpflegepersonen, pflegen ihren Mann seit mindestens drei Monaten und das Pflegeverhältnis besteht aktuell noch oder liegt nicht länger als drei Monate zurück. Keine der Ehefrauen ist professionelle Pflegefachperson, wobei eine Ehefrau als Pflegehelferin arbeitet.

Nach dem Transkribieren und auch in den Diskussionen in der Forschungsgruppe stellte sich heraus, dass die Autorin in den einzelnen Interviews genauer hätte nachfragen können, wie die Ehefrauen einzelne Aussagen genau gemeint hatten. Es erwies sich als schwierig, zum Beispiel nach der Beziehung genauer nachzufragen.

Die Autorin hat bei den Interviewpartnerinnen den Pflegebedarf nachgefragt. Die Interviewpartnerinnen, welche Spitex hatten, haben den Pflegebedarf jedoch nicht gewusst. Der Pflegebedarf wurde nicht ausgefüllt, da es nicht möglich ist einen ganzen Tag bei den pflegenden Ehefrauen zuhause sein, damit man den Pflegebedarf richtig einschätzen kann. Zudem hätte es eine schriftliche Einwilligung der pflegenden Ehefrauen gebraucht, um dies durchzuführen. Aufgrund des grossen zeitlichen Aufwandes wurde darauf verzichtet, den Pflegebedarf zu erheben.

Durch die vorgängige intensive Auseinandersetzung mit der Thematik pflegende Angehörige und häusliche Pflege, hatte die Autorin vor der Durchführung der Interviews Vorstellungen zum Thema. In der Forschungsgruppe oder einzeln mit dem Betreuer, wurde auf die Vorstellungen und Meinungen hingewiesen, dass die Objektivität der Ergebnisse möglichst gewährleistet wurden. Es kann allerdings nicht ausgeschlossen werden, dass die Ergebnisse der Interviews durch die subjektive Meinung der Autorin beeinflusst wurden.

Die Methode der Datenanalyse nach Diekmann eignete sich gut für die vorliegende Arbeit. Mittels Diskussionen zwischen der Autorin und dem Begleiter der Bachelorarbeit und in der Forschungsgruppe konnte die Vertrauenswürdigkeit der Arbeit erhöht werden. Zudem wurde der aktuelle Stand der Arbeit an einer Internationale Woche in Jena im Juni 2012 Bachelorstudierenden der Fachhochschulen Jena und Visp präsentiert. Anschliessend an die Präsentation folgte noch eine Diskussionsrunde mit erfahrenen diplomierten Pflegefachpersonen als Expertengruppe.

Zudem muss gesagt werden, dass die Autorin wenig Erfahrung mit qualitativen Forschungen hat, da das Grundwissen in der Bachelorausbildung vermittelt wurde. Eine eigene phänomenologische Studie hat die Autorin zum ersten Mal durchgeführt.

### 5.3 Überlegungen zu den Gütekriterien

Zur Gewährleistung der Vertrauenswürdigkeit der Studie wurden die von Sandelowski (1986) erläuterten Gütekriterien verwendet.

In der Forschungsgruppe wurde entschieden, nach welchen Regeln die Interviews transkribiert werden. In der Gruppe wurden zudem der Flyer, die Informierte Zustimmung, die Erzählaufforderung, der problemorientierte Nachfrageteil und das Soziodemografische Datenblatt erstellt.

Die Autorin erhielt Unterrichtsblöcke innerhalb der Treffen mit der Forschungsgruppe zu den folgenden Themen: Einführung in die Phänomenologie, Datenerhebung und Datenanalyse.

Nachdem die Autorin das erste Interview geführt hatte, traf sich die Forschungsgruppe und die Probleme und Schwierigkeiten wurden besprochen. Diese Diskussionen und das Feedback, halfen für zukünftige Interviews.

Für die Datenanalyse diente eine Modifikation des Analyseschemas von Diekelmann. Die sieben Schritte des Analyseschemas wurden alle eingehalten. Die transkribierten Interviews wurden von allen in der Forschungsgruppe gelesen und es wurden wichtige Themen markiert. In der Forschungsgruppe wurden die Analysen der einzelnen verglichen und bei Unstimmigkeiten wurden die Transkripte nochmals gelesen. Anschliessend wurden einzelne Themen kodiert und es ergaben sich Hauptthemen mit möglichen Unterthemen. Nachdem die Autorin dies nochmals alleine überarbeitet hat, hat sie gemeinsam mit ihrem Betreuer diskutiert. Eine Grafik zur Ergebnisdarstellung wurde in der Forschungsgruppe erstellt.

Im Ergebnisteil wurden die Ergebnisse ausführlich beschreiben. Zudem wurden Interviewzitate eingefügt, was die Glaubwürdigkeit der Arbeit erhöht.

Das Memorandum der Schule (Ingold Schuler, 2007) wurde für die vorliegende Arbeit eingehalten. Mittels der informierten Zustimmung, welches von jeder der sechs Interviewpartnerinnen ausgefüllt wurde, wurden die ethischen Richtlinien eingehalten. Die Daten der Interviews wurden anonymisiert und die Transkripte wurden nur in der Forschungsgruppe gebraucht. Nach Beendigung der Arbeit werden die alle sensiblen Daten vernichtet.



## 6. Schlussfolgerungen

Im folgenden Kapitel zieht die Autorin ein Fazit aus der vorliegenden phänomenologischen Studie über das Erleben von pflegenden Ehefrauen im Oberwallis. Es werden Empfehlungen für die Pflegepraxis, die Pflegeausbildung und die Pflegeforschung gemacht.

### 6.1 Empfehlungen für die Pflegepraxis

Grundlegend für die Arbeit mit pflegenden Angehörigen ist das Wissen über das Krankheitserleben. Wenn die Pflegefachpersonen sich mit chronischen Krankheiten und dem Verlauf auskennen, können sie die Angehörigen besser informieren. Die professionelle Pflege sollte fundiertes Wissen über die Krankheit, die Symptome und die Behandlung haben.

Pflegefachpersonen stehen in verschiedenen Bereichen in engem Kontakt mit den pflegenden Angehörigen. In Spitälern, sowie auch in der Spitex spielt der Kontakt eine grosse Rolle. Es ist wichtig, dass die Pflegefachpersonen die Angehörigen optimal informieren und diese beraten können.

Für diplomierte Pflegefachpersonen ist es wichtig, dass diese Defizite in den Beratungsangeboten kennen. Zudem können sie die pflegenden Ehefrauen gezielter beraten und sie an die für sie wichtigen Beratungsstellen weiterleiten. Dazu ist es wichtig, dass die Ergebnisse der vorliegenden Forschung an die Pflegefachpersonen in der Praxis weitervermittelt werden.

Professionelle Fachpersonen sollten die pflegenden Angehörigen ernst nehmen und auf deren Wünsche und Bedürfnisse eingehen. Fachpersonen sollten familienorientiert arbeiten. Die Familien- und Umweltbezogene Pflege nach Marie-Luise Friedemann kann daher ein optimales Pflegemodell sein, um mit Angehörigen zu arbeiten und sie zu unterstützen. Dazu sollten die Pflegefachpersonen eine ausführliche Pflegeanamnese erstellen, dies am besten mit dem Pflegebedürftigen und den Angehörigen zusammen. Anschließend kann dadurch gesehen werden, wo die Angehörigen Unterstützung und Hilfe benötigen.

Im problemorientierten Nachfrageteil hat die Autorin nach Tipps gefragt, welche die pflegenden Ehefrauen anderen pflegenden Angehörigen geben würden, wenn diese die Pflege eines Familienmitgliedes zuhause übernehmen wollen. Nachfolgend sind die Tipps zusammengefasst, welche für die professionelle Pflege ratsam sein können.

Die Frauen erwähnten, dass man alle Hilfsmittel installieren sollte, damit die Pflege zuhause durchgeführt werden kann. Die Spitex und die Tagesklinik der Gerontopsychiatrie sehen die Frauen als grosse Unterstützung.

Ein weiterer Tipp der Frauen war es, dass man nicht alles selber machen soll. Deshalb sollte man die Unterstützung durch die Familie oder durch professionelle Dienste in Anspruch nehmen.

Eine Frau sagte auch, dass man zuerst sich annehmen sollte wie man ist. Wichtig für die Frauen ist es auch, dass die Überzeugung da ist, dass man es machen will. Die Pflegenden Angehörigen sollten versuchen so weiterzuleben wie bisher und auch ihren Alltag weiter zu gestalten.

Die Frauen, welche ihre dementen Ehemänner betreuen und pflegen gaben noch weitere Tipps: der Umgang mit den dementen Menschen sollte ruhig sein und es sollte versucht werden sie in den Alltag mit einzubeziehen. Die Frauen erwähnen auch, dass es wichtig ist, selbst zu lernen mit der neuen Situation zu Recht zu kommen.

In der Praxis sollten vermehrt Weiterbildungen zum Thema pflegende Angehörige angeboten werden. Da Pflegefachpersonen immer häufiger mit pflegenden Angehörigen in Kontakt kommen, sollten sie im Umgang mit ihnen geschult sein. Die Autorin denkt, dass es wichtig ist, die Pflegefachpersonen zum Thema erleben pflegender Angehöriger in der häuslichen Pflege und auch über Unterstützungs- und Entlastungsangebote zu informieren. Die Pflegefachpersonen sollten die Angebote in der Region kennen und diese den Angehörigen ihren Bedürfnissen entsprechen vermitteln können.

## 6.2 Empfehlungen für die Pflegeausbildung und die Pflegeweiterbildung

Da die demographische Entwicklung zeigt, dass es immer mehr ältere Menschen gibt und diese auch länger zuhause leben, spielt die ambulante Pflege in Zukunft eine grosse Rolle. Die Angehörigen nehmen dabei eine zentrale Rolle ein. Daher sollte das Thema pflegende Angehörige in der Theorievermittlung in der Pflegeausbildung einen zentralen Platz einnehmen. Da in jedem Bereich der Praxis die Pflegefachpersonen mit pflegenden Angehörigen in Kontakt treten, ist es wichtig diese beraten zu können. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie könnten im Unterricht von Pflegeausbildungen vermittelt werden. Außerdem werden die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit publiziert.

Zudem sollte man die Familien- und Umweltbezogene Pflege nach Marie-Luise Friedemann berücksichtigen, da dieses Modell sich sehr eignet für die häusliche Pflege.

Ebenso sollte das Modell von Corbin und Strauss in den Ausbildungsplan der Grundausbildung der Pflege aufgenommen werden. Da die demographische Entwicklung zeigt, dass es immer mehr ältere Menschen gibt und auch chronische Erkrankungen zunehmen, ist es wichtig für Pflegefachpersonen fundiertes Wissen in Bezug auf chronische Erkrankungen zu haben.

### 6.3 Empfehlungen für die Pflegeforschung

Da das Thema pflegende Angehörige im Wallis wenig erforscht ist, ergeben sich viele Forschungsfragen, denen weiter nachgegangen werden kann. Eine Forschungsfrage könnte sein, wie pflegende Angehörige die Pflege von demenzkranken Menschen in der häuslichen Pflege erleben? Die Autorin hat in ihrer Arbeit festgestellt, dass die pflegenden Ehefrauen, welche einen Partner mit Demenz pflegen, Unterschiede zu den Ehefrauen, welche einen Partner ohne Demenz pflegen, aufweisen. In Bezug auf die medizinische Diagnose des Pflegebedürftigen lassen sich noch weitere Forschungsfragen ableiten.

In der vorliegenden Arbeit sind alle Interviewpartnerinnen verheiratet, durchschnittlich 42.8 Jahre. Da es eventuelle Unterschiede zwischen verheirateten und nicht verheirateten Paaren im Erleben der Pflege zuhause geben könnte, lassen sich hier weiterführende Forschungsfragen bilden.

Da der Pflegebedarf nicht als Kriterium für die vorliegende Forschungsarbeit ausgewählt wurde, könnten durch neue Forschungen mit dem Kriterium Pflegebedarf, das Erleben herausgefunden werden.

Es ist wichtig in weiterführenden Forschungen unterschiedliche Gruppen zu untersuchen, da diese womöglich unterschiedliche Unterstützung- und Entlastungsangebote benötigen.

## 7. Literaturverzeichnis

Adler, C., Gunzelmann, T., Machold, C., Schumacher, J. & Wilz, G. (1996). Belastungserleben bei pflegenden Angehörigen von Demenzkranken. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 29, 143-149.

Allwicher, V. (2009). *Welche Beratung brauchen pflegende Angehörige*. Norderstedt: Books On Demand.

Bislimi, R., Bischofberger, I., Drewe, J., Galeazzi, R.L., Kesselring, A., Kind, C. et al. (2009). *Forschung mit Menschen-Ein Leitfaden für die Praxis*. Basel: Schwabe AG.

Büker, C. (2009). *Pflegende Angehörige stärken – Information, Schulung und Beratung als Aufgaben der professionellen Pflege*. Stuttgart: Kohlhammer.

Bundesamt für Statistik [BFS]. (2012). *Medienmitteilung*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

Corbin, J.M. & Strauss, A.L. (2010). *Weiterleben lernen – Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit*. (3. überarb. Auflage). Bern: Hans Huber Verlag.

Diekelmann, N. L. (1992). Learning-as-testing: A Heideggerian hermeneutical Analysis of the lived experience of students and teachers in nursing. *Advances in Nursing Science*, 14(3), 72-83.

Döhner, H., Kofahl, C., Lüdecke, D., & Mnich, E. (2007). *Eurofamcare-Services for Supporting Family Carers of Older Dependent People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage. The National Survey Report for Germany*. Hamburg: University Medical Centre of Hamburg Eppendorf.

Dorschner, S. (2009). *Männer als Hautpflegepersonen in häuslichen Pflegearrangements-Standortbestimmung und Entwicklung von Unterstützungsangeboten*. Unveröffentlichter Projektantrag, Jena.

Dorschner, S. (2011). Einführung in die Phänomenologie. *Forschungsprojekt Gruppe Oberwallis, Seminar Unterlagen*. Visp.

Dresing, T. & Pehl, T. (2011). *Praxisbuch Transkription*. (2. Aufl.). Marburg: Dr. Dresing und Pehl GmbH.

Egger, T. (2007). *Spitex – Umfeld-, Markt- und Konkurrenzanalyse*: Literaturübersicht. Bern: Büro für Arbeits- und sozialpolitische Studien BASS AG.

Friedemann, M.-L. & Köhlen, C. (2003). *Familien- und umweltbezogene Pflege*. (2. überarb. Aufl.). Bern: Hans Huber.

Friedemann, M.-L. & Köhlen, C. (2010). *Familien- und umweltbezogene Pflege*. (3. überarb. Aufl.) Bern: Hans Huber.

Gensluckner, C. & Holzer, J. (2005). *Pflege aus Sicht der pflegenden Angehörigen (Laienpflege)*. Fachbereichsarbeit, Gesundheits- und Krankenschule Kufstein.

Georg, J. (2009). Rollenbelastung pflegender Angehöriger – Gefahren und Chancen. *Novacura*, 40(9), 12-13.

Grötz, J. (2011). Hospital at Home. *Häusliche Pflege*, 01, 27-30.

Handel, E. (2003). *Das Beziehungsgeflecht Patientin/Patient, Angehörige und Betreuungsteam*. Referat, Universitätsspital Zürich.

Hax-Schoppenhorst, T. (2009). Als Bündnispartner auf dem Weg. *Novacura*, 40(9), 10-11.

Hirschie, K. (2009). Rat und Hilfe per Mausclick. *Novacura*, 40(9), 41-43.

Hitzler, R. & Eberle, T. (2004). *Phänomenologische Lebensweltanalyse*. In Flick, U., Von Kardoff, E. & Steinke, I. *Qualitative Forschung*. Ein Handbuch (S. 109-117). Hamburg: rowohlt's enzyklopädie.

Honer, A. (2003). Lebenswelt. In R. Bohnsack, W. Marotzki, & M. Meuser, *Hauptbegriffe qualitativer Sozialforschung* (S. 110-112). Opladen: Leske+Budrich.

Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L. & Zumbrunn, A. (2011). *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter*. Bern: Hans Huber.

Höpflinger, F. & Hugentobler, V. (2005). *Familiale, ambulante und stationäre Pflege im Alter*. Bern: Hans Huber.

Ingold Schuler, C. (2007). *Memorandum*. HES-SO Wallis.

Kathriner, S. (2007). *Herausforderung Angehörige*. Wien: Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung.

Kofahl, C. (2010). *Determinanten der Belastung, Entstehung und Lebensqualität betreuender Angehöriger älterer Menschen*. Kumulative Dissertation, Universität Hamburg.

Kricheldorf, C. (2009). Pflegebegleiter – ein neuer „Prototyp“ im freiwilligen Engagement. *Novacura*, 40(9), 28-30.

Lademann, J. (2007). *Intensivstation zu Hause*. Bern: Hans Huber.

LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2005). *Pflegeforschung* (2. Aufl.). München: Urban Fischer Verlag.

Lubkin, I.M. (2002). *Chronisch kranksein: Implikationen und Interventionen für Pflege – und Gesundheitsberufe*. Bern: Hans Huber.

Mayer, H. (2007). *Pflegeforschung anwenden*. Wien: Facultas.

Martignoni, Y., Dupuis, G., Joray, S., Coppex-Gasche, P. & Von Kaenel Claivaz, M. (2010). *Planung der Langzeitpflege 2010–2015 - Bericht des Departements für Finanzen, Institutionen und Gesundheit*. Sitten: Dienststelle für Gesundheitswesen.

McGuire, L., Anderson, L. A., Talley, R. C. & Crews J. E. (2007). Supportive Care Needs of Americans: A Major Issue for Women as Both Recipients and Providers. *Journal of Women's Health*, 16(6), 784-189.

Menche, N. (2007). *Pflege heute*. (4.Aufl.) München, Jena: Urban & Fischer.

Meyer, M. (2006). Pflegerische Angehörige in Deutschland. Ein Überblick über den derzeitigen Stand und zukünftige Entwicklungen. *Reihe Gerontologie*, Bd. 10.

Navaie-Waliser, M., Spriggs, A., Feldman, P. H. (2002). Differential Experiences by Gender. *Medical Care*, 40(12), 1249-1259.

- Perrig-Chiello, P., Höpflinger, F. & Schnegg, B. (2010). *SwissAgeCare-2010 Forschungsprojekt im Auftrag der Spitex-Schweiz - Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Schweiz – Schlussbericht*. Bern: Spitex Schweiz.
- Peters, R. (2005). Anwendung des Trajekt-Modells im Bereich der Heimaufnahme. In B. Gerwin & R. Lorenz-Krause (Hrsg.), *Pflege- und Krankheitsverläufe aktiv steuern und bewältigen. Unter Berücksichtigung des Corbin-Strauss-Pflegemodells* (1. Aufl.). Münster: Lit-Verlag.
- Pfaff, H. (2011). *Pflegestatistik 2009 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2003). Associations of Stressors and Uplifts of Caregiving with Caregiver Burden and Depressive Mood: A Meta-Analysis. *Journal of Gerontology*, 58(2), 187-196.
- Polit, D. F., Beck, C. T. & Hungler, B. P. (2004). *Lehrbuch Pflegeforschung*. Bern: Hans Huber.
- Rumpf, M. (2007). *Geschlechterverhältnisse und Ethos fürsorglicher (Pflege-)Praxis im Wandel*. Literaturstudie, Universität Bremen, Nr. 145. Bremen.
- Sandelowski, M. (1986). The problem of rigor in qualitative research. *Advances in Nursing Science*, 8(3), 27–37.
- Saup, W. (1993). *Alter und Umwelt. Eine Einführung in die Ökologische Gerontologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Scheffel, S. (2009). *Bewältigung von chronischen Krankheiten und deren Auswirkungen auf die Lebensqualität*. Diplomarbeit. Universität Wien.
- Scheffel, F. (2000). *Lebenswelt in der Pflege. Anforderungen an die berufliche Pflege*. Lage:Jacobs.
- Schneekloth, U. & Leven, I. (2003). *Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002*. München: Infratest Sozialforschung.

Schneekloth, U. & Wahl, H.-W. (2005). *Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuGIII). Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend*. München.

Schnepp, W. (2002). *Angehörige pflegen*. Bern: Hans Huber.

Schütz, A. & Luckmann, T. (1991). *Strukturen der Lebenswelt*. (4. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Thurrow, B. (2005). *Die lebensweltorientierte Beratung pflegebedürftiger älterer Menschen und ihrer Angehörigen – Aufgabe und Herausforderung für professionelle Pflegekräfte ambulanter Pflegedienste*. Hamburg: Hochschule für angewandte Wissenschaften.

Treibel, A. (1997). *Einführung in soziologische Theorien der Gegenwart*. 4. Auflage. Opladen: Leske & Budrich.

Uhländer-Masiak, E. (2005). Implementation des Trajekt-Modells in die Pflegepraxis. In B. Gerwin & R. Lorenz-Krause (Hrsg.), *Pflege- und Krankheitsverläufe aktiv steuern und bewältigen. Unter Berücksichtigung des Corbin-Strauss-Pflegemodells* (1. Aufl.). Münster: Lit-Verlag.

Untermoser, B. (2010). *Belastungserleben pflegender Angehöriger von Demenzkranken*. Graz: Gesundheits- und Pflegewissenschaft Medizinische Universität Graz.

Wenger, B. (2009). *Pflegende Angehörige im häuslichen Setting*. Bachelorarbeit, Hochschule für Gesundheit Freiburg.

Woog, P. (1998). *Chronisch Kranke pflegen-Das Corbin-Strauss-Pflegemodell*. Wiesbaden: Ullstein Medical Verlagsgesellschaft.

Zeman, P. (1988). *Hilfebedürftigkeit und Autonomie – Zur Alterskultur und Kultur der Altenhilfe*. In: Zeman, Peter (Hrsg.): *Hilfebedürftigkeit und Autonomie – zur Flankierung von Altersproblemen durch kooperationsorientierte Hilfen*. Berlin: DZA.



## 8. Anhang

### Anhangsverzeichnis

Anhang A: Flyer

Anhang B: Zeitungsartikel: Pflegende Angehörige Waliser Bote, 28.11.11

Anhang C: Informierte Zustimmung

Anhang D: Erzählaufforderung und Nachfrageteil

Anhang E: Soziodemografisches Datenblatt

Anhang F: Transkriptionsregeln

Anhang G: Selbstständigkeitserklärung

## Anhang A: Flyer

Wenn Sie Interesse haben, an dieser Studie teilzunehmen, setzen Sie sich bitte direkt telefonisch, per Post oder per Mail mit uns in Verbindung.

Wir vereinbaren dann mit Ihnen einen Termin - vorzugsweise bei Ihnen zu Hause. Außerdem erhalten Sie so weiterführende Informationen zur Studie.

Mit Ihrer Teilnahme an dieser Studie gehen Sie **keinerlei Verpflichtungen ein**.

Wir garantieren Ihnen **Anonymität** und der **Datenschutz ist gewährleistet**.

## Kontaktperson:



**Nicole Schmidt**

Studierende HES-SO Wallis, Bereich Pflege

**077 / 493 34 98**

*Per Mail*

[pflegende.angehoerige@gmail.com](mailto:pflegende.angehoerige@gmail.com)

*Per Post*

HES-SO Wallis  
Nicole Schmidt  
Pflanzettastrasse 6  
3930 Visp

## Pflegende Angehörige in häuslichen Pflegearrangements

Untersuchung zur Situation im Oberwallis



Ein Forschungsprojekt der HES-SO Wallis in Kooperation mit dem Georg-Streiter-Institut für Pflegewissenschaft der Fachhochschule Jena



In der Schweiz gibt es rund 250'000 Menschen, die ihre Angehörigen zu Hause pflegen. Spricht man von pflegenden Angehörigen, werden vorzugsweise Frauen (Ehefrauen / Lebenspartnerinnen, Töchter/ Schwiegertöchter, Mütter) gemeint. Angehörigenpflege ist in der klassischen Verteilung der Geschlechter „weiblich“. Allerdings nimmt der Anteil pflegender Männer im häuslichen Bereich zu. Rund ein Drittel der pflegenden Angehörigen sind Männer.

In wie weit Frauen und Männer diese Herausforderung unterschiedlich erleben, welche Probleme sich für sie ergeben und welche Unterstützung sie brauchen, ist jedoch weitgehend unerforscht. In der internationalen und nationalen Literatur finden sich deutliche Hinweise darauf, dass sich Männer der Herausforderung, die durch die Pflegebedürftigkeit eines Angehörigen entsteht, anders stellen als Frauen.

Im Rahmen eines Forschungsprojektes der HES-SO Wallis in Kooperation mit der Fachhochschule Jena (unter der Leitung von Prof. Dr. Stephan Dorschner) untersuchen Studierende wie

- pflegende Ehemänner/Partner
- pflegende Ehefrauen/Partnerinnen
- pflegende Söhne
- pflegende Töchter

im Oberwallis diese häusliche Pflegesituation erleben und bewältigen.

Mit dieser Studie suchen wir nach Antworten auf folgende Fragen:

- ♦ **Wie erleben und bewältigen pflegende Angehörige die Pflege eines Familienmitglieds?**
- ♦ **In wie weit verändert sich die Alltagsgestaltung und die wahrgenommene Lebensqualität?**
- ♦ **Welche Unterstützungs- und Hilfsangebote brauchen pflegende Angehörige?**

Deshalb suchen wir pflegende Angehörige (Hauptpflegepersonen), die seit mindestens drei Monaten zu Hause ein Familienmitglied pflegen und zur Teilnahme an dieser Studie bereit sind.

### **Was genau erwarten wir von Ihnen?**

*Wir möchten mit Ihnen ein ca. einstündiges Interview führen, in dem Sie uns erzählen, wie Sie als Hauptpflegeperson ihren Alltag bewältigen, wie Sie die Pflege gestalten und organisieren, wer Sie unterstützt und wo Sie sich im Pflegealltag weitere Hilfe wünschen würden.*

Die Auswertung der Interviews hilft uns die Situation pflegender Angehöriger kennen und besser verstehen zu lernen. Dieses Wissen ist die Voraussetzung für die Entwicklung neuer Unterstützungsangebote.

Auch andere pflegende Angehörige können von Ihren Erfahrungen lernen.

## Anhang B: Zeitungsartikel: Pflegende Angehörige Waliser Bote, 28.11.11



Forschungsprojekt | HES-SO Wallis zur häuslichen Pflege

# Angehörige als Pflegende

**WALLIS | Studierende der Pflege an der HES-SO Wallis gehen der Frage nach, welche Rolle Männer in der häuslichen Pflege spielen und wodurch sich männliche Pflege von der weiblichen unterscheidet.**

Dabei geht es um eine Bestandsaufnahme und Verbesserungsmöglichkeiten in der häuslichen Pflege. Das Projekt entstand über die Zusammenarbeit der Hochschule Wallis mit der Fachhochschule Jena.

## Pflege wird als weiblich angesehen

Die häusliche Pflege von Kranken durch Angehörige ist in den letzten Jahren in den Fokus der Öffentlichkeit gerückt. In der Schweiz sind es rund 250 000 Menschen, die ihre Angehörigen zu Hause pflegen. Wenn man von pflegenden Angehörigen spricht, so sind meistens Frauen gemeint, seien es Ehefrauen, Lebenspartnerinnen, Töchter, Schwiegertöchter oder Mütter. Nicole Schmidt, Bachelor-Studentin: «Pflege wird immer noch häufig als weiblich angesehen. Dabei nimmt der Anteil pflegender Männer im häuslichen Bereich zu, heute sind es gut 20 Prozent, und der Anteil nimmt zu.» Dies hat mit

den sich verändernden Familienstrukturen zu tun, wie z.B. Alleinerziehende, Kleinfamilien, Einzelkinder.

## Geschlechterspezifische Unterschiede

Das Projekt will den Fragen nachgehen, inwieweit Frauen und Männer die Herausforderung der Pflege unterschiedlich erleben, welche Probleme entstehen können und welche Unterstützung sie brauchen. Studentin Nadja Zurbruggen: «Obwohl sich in der Literatur deutliche Hinweise finden, die darauf schliessen lassen, dass Männer sich einer Pflegesituation anders stellen als Frauen, sie auch anders erleben, gibt es bis jetzt wenig empirische Untersuchungen.»

Die Fachhochschule Jena hat 2010 ein Forschungsprojekt lanciert, in dem eine Standortbestimmung vorgenommen wird. Durch die langjährige Zusammenarbeit der HES-SO Wallis mit Jena verfassen Studierende des Studiengangs Pflege in Visp ihre Bachelor-Arbeit zu diesem Thema. Fernando Carlen, Dozent in Visp: «Die Studierenden wollen in ihrer Arbeit aufzeigen, wie sich die Situation hier im Oberwallis zeigt. Dabei geht es darum, zu untersuchen, ob es Unterschiede zwischen männlicher und weiblicher



**Häusliche Pflege.** Von links: Die drei Studierenden Nicole Schmidt, Jolanda Bärenfaller und Nadja Zurbruggen.

FOTO: ZVG

cher Pflege gibt. Eine wichtige Frage ist auch, ob pflegende Männer im Vergleich zu Frauen spezielle oder spezifische Hilfsangebote brauchen, um ihren Pflegealltag optimal zu meistern.» Bis heute seien Unterstützungsangebote vor allem auf Frauen ausgerichtet gewesen.

## Interviewpartner gesucht

Im Rahmen der Arbeiten wollen die Studierenden die Situation im Oberwallis konkret untersuchen. Studentin Jolanda Bärenfaller: «Damit wir wirklich aussagekräftige Antworten finden können, brauchen wir

Frauen und Männer aus dem Oberwallis, die bereit sind, uns ihre Erfahrungen in der Pflege zu schildern. Deshalb suchen wir pflegende Angehörige, die seit mindestens drei Monaten ein Familienmitglied pflegen.» In Form eines Interviews beschreiben die pflegenden Angehörigen, wie sie ihren Alltag meistern, wie sie die Pflege gestalten und organisieren, wer sie unterstützt und welche Hilfsangebote sie vermissen.

«Die Auswertung der Interviews hilft, die häuslichen Pflegesituationen kennen- und verstehen zu lernen. Dies ist die

Voraussetzung, damit neue Unterstützungsangebote entwickelt werden können und auch andere Pflegende aus diesen Erfahrungen lernen können», so Bärenfaller.

Wer Interesse hat, kann sich mit den Studierenden in Verbindung setzen: pflegende.angehoerige@gmail.com oder direkt bei der HES-SO Wallis in Visp. Nicole Schmidt: «Die Teilnehmenden gehen keinerlei Verpflichtungen ein und selbstverständlich sind die Anonymität und der Datenschutz gewährleistet.» | wb

## Anhang C: Informierte Zustimmung

## Informierte Zustimmung

**Titel des Forschungsprojektes:**

Pflegende Angehörige in häuslichen Pflegearrangements –  
Phänomenologische Studie zur Situation im Oberwallis

**Leitung des Forschungsprojektes:** Prof. Dr. phil. Stephan Dorschner

**Interviewerin:**

.....

**Ziel des Forschungsprojektes:**

Mit dieser Studie möchten wir Einblick erhalten, wie Frauen und Männer die Pflege eines nahen Angehörigen gestalten und wie sie diese Situation erleben (siehe auch Flyer).

Sollten sie sich zur Teilnahme am Forschungsprojekt entschließen, werden wir mit Ihnen ein Interview führen. Ort und Dauer des Interviews werden von Ihnen bestimmt und Sie haben jederzeit die Möglichkeit, das Interview abubrechen. Das Interview wird mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und dann ohne Namensnennung verschriftlicht.

Die im Rahmen des Forschungsprojektes geführten Interviews werden anschließend nach einer einheitlichen Analyseverfahren untersucht. Im Ergebnisbericht dieses Forschungsprojektes werden unter Umständen zur Verdeutlichung einige Ihrer Gesprächsaussagen zitiert, aber stets ohne Ihren Namen oder sonstige Identifizierungsmerkmale. Das Band mit der Gesprächsaufnahme wird sorgfältig aufbewahrt und vor dem Zugriff unbefugter Dritter geschützt. Nach Beendigung der Forschungsarbeit wird das Band gelöscht.

Die Auswertung der Interviews hilft uns die Situation pflegender Angehöriger kennen und besser verstehen zu lernen. Dieses Wissen ist die Voraussetzung für die Entwicklung neuer Unterstützungsangebote. Auch andere pflegende Angehörige können von Ihren Erfahrungen lernen.

Ihre Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Zustimmung an der Untersuchung zu widerrufen. Ihre Teilnahme oder Nichtteilnahme hat keine Nachteile für Sie.

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift der Interviewerin



Hiermit bestätige ich, dass ich informiert an der oben genannten Forschungsstudie als Interviewpartner teilnehme. Die Studie wurde mir erklärt und ich habe den Inhalt verstanden. Ich hatte auch die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit meine Teilnahme widerrufen kann, und dass meine Anonymität gewahrt bleibt.

Durch das Interview entstehen keine Kosten für mich.

Bei weiteren Fragen kann ich mich direkt an

.....

(HES-SO Wallis) unter der oben genannten Adresse

Oder folgender Telefonnummer.....

oder per Mail: [pflegende.angehoerige@gmail.com](mailto:pflegende.angehoerige@gmail.com) wenden.

Ein Exemplar dieser Zustimmungserklärung habe ich erhalten.

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift des Teilnehmers

## Anhang D: Erzählaufforderung und Nachfrageteil

## Erzählaufforderung

Im Rahmen eines Forschungsprojektes interessiere ich mich für Frauen, die einen Angehörigen im häuslichen Bereich pflegen. Erzählen Sie mir doch bitte, wie sich ihr Alltag mit der Pflege ihres Ehemannes gestaltet.

*...wie sich ihr Pflegealltag gestaltet...*

### **Hilfen (Geländer):**

a) Wie sieht ein ganz normaler (typischer) Tagesablauf bei Ihnen aus?

## Nachfrage

### **1. Wie hat alles angefangen?**

#### ***Warum pflegen Sie eigentlich?***

Frage nach der Motivation, die Pflege zu übernehmen

### **2. Wer unterstützt (bzw. entlastet) Sie bei der Pflege?**

Frage nach dem Unterstützungs-/Entlastungssystem

### **3. Was hat sich für Sie seit dem Beginn der Pflege verändert?**

Veränderungen bezüglich Freizeit, Berufstätigkeit, Gesundheit etc.

### **4. Welche Unterstützung/Angebote fehlen Ihnen bzw. würden Sie sich wünschen?**

Frage nach den Unterstützungsangeboten

### **5. Wie haben Freunde/Bekannte auf die Übernahme der Pflege reagiert?**

Reaktion anderer Familienmitglieder/Freunde auf Pflegeübernahme  
(positive und negative Erfahrungen!)

### ***positive und negative Erfahrungen in der Pflegezeit!***

### **6. Gäbe es einen Auslöser für die Beendigung der häuslichen Pflege?**

**Was würde Sie veranlassen, die Pflege abzugeben? Können Sie sich einen Anlass vorstellen, externe Hilfe anzunehmen bzw. die Pflege abzugeben?**

### **7. Wenn Ihnen jemand erzählen würde, er möchte ein Familienmitglied/Partner/etc. zuhause pflegen, welche Ratschläge und Empfehlungen würden Sie geben?**

*{Wie würden Sie die Beziehung zu Ihrer Frau/zu Ihrem Mann bzw. zur zu pflegenden Person beschreiben?}*

### **Fazit/Bilanz:**

**Wenn Sie alles noch einmal zusammenfassen sollten, welche Bilanz würden Sie ziehen?**

## Anhang E: Soziodemografisches Datenblatt

## **Pflegende Angehörige in häuslichen Pflegearrangements – Phänomenologische Studie im Oberwallis**

Interviewer: .....

Interview Nr. ....

Datum:.....

### **Persönliche Daten**

#### ***A. Persönliche Daten des Interviewpartners (der Hauptpflegeperson)***

##### **1. Wie alt sind Sie (Geburtsjahr)?**

.....

##### **2. Zivilstand der Hauptpflegeperson**

☐ ledig ☐ verheiratet seit (Jahr): .....

☐ in Partnerschaft (unverheiratet) seit:.....

☐ in eingetragener Lebensgemeinschaft lebend

☐ in Partnerschaft, aber in verschiedenen Haushalten lebend

☐ dauerhaft getrennt lebend

☐ geschieden ☐ verwitwet

**3. Welcher Konfession gehören Sie an?**☐ .....☐ keiner**4. Wie viele Geschwister haben Sie?**☐ Ich habe ... ältere Brüder / ... jünger Brüder und ... ältere Schwestern / ... jüngere Schwestern.☐ Ich bin das ... Kind in der Geschwisterreihe.☐ Ich habe keine Geschwister.**5. Welches ist Ihr höchster Bildungsabschluss?**☐ Obligatorische Schule☐ Berufsmittelschule☐ Kollegium☐ Lehrabschluss☐ Fachhochschule☐ Universität☐ Sonstiges: .....**6. Welches ist Ihr derzeitiger Beruf bzw. war Ihre letzte berufliche Tätigkeit?**

.....

.....

***B. Persönliche Daten der pflegebedürftigen Person*****7. Wen pflegen Sie (In welchem Verhältnis stehen sie zum pflegebedürftigen Angehörigen?):**

.....

.....

**8. Alter des pflegebedürftigen Angehörigen (Geburtsjahr):**

.....

**9. Dauer der Pflegebeziehung (Monate und Jahr des Beginns):**

.....

**10. Grund der Pflegebedürftigkeit?**

z.B. medizinische Diagnose(n) / mit oder ohne Demenz:

C.

**11. Pflegebedarf des Angehörigen**☐ ohne Spitex☐ mit Spitex

Seit wann besteht der Pflegebedarf? (Monate und Jahr): .....

**12. Wie gestaltet sich die derzeitige Wohnsituation?**

Leben Sie im Haushalt des pflegebedürftigen Angehörigen?

☐ Ja☐ Nein

Gibt es die Pflegesituation erschwerende oder erleichternde Faktoren (z.B. dritte Etage Neubau ohne Fahrstuhl)?

☐ Nein

☐ Ja:

.....

### 13. Wie gestaltet sich die Pflegesituation?

☐ Ich habe familiäre Hilfe.

*Folgende Personen:* .....

☐ Ich habe informelle Hilfe.

*Folgende Personen helfen (Freunde, Nachbarn, Putzfrau etc.):* .....

☐ Bezahlte Pflege (ohne Pflegeausbildung)

☐ Ich habe professionelle Hilfe.

☐ Spitex / berufliche Pflege

☐ Tagesstätte/Tagesklinik

☐ Familienhilfe

☐ Mahlzeitendienst

☐ Kurzzeitpflege/Ferienbetten

☐ Freiwilligendienst

☐ Sonstiges:

.....



**14. Sind Pflegehilfsmittel vorhanden? Wenn ja, welche:**

.....

.....

.....

**15. Nutzen Sie Beratungs- und Unterstützungsangebote (z.B. Sozialmedizinisches Zentrum, Selbsthilfegruppen)?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nein / Kenne ich nicht   | <input type="checkbox"/> Kenne ich, nutze ich aber nicht |
| <input type="checkbox"/> Ja / Nutze ich ab und zu | <input type="checkbox"/> Ja / Nutze ich regelmäßig       |

Wenn ja, welche?

.....

## Anhang F: Transkriptionsregeln

## Transkriptionsregeln

...	Kurze Pause, bis etwa drei Sekunden
...((8))...	Längere Pause, die Zahl in den Klammern gibt die etwaige Dauer an
<u>immer</u>	Starke Betonung eines Wortes
<u>s c h ö n</u>	Gedehntes Sprechen
aufge/aufgefallen	Wortabbruch (ebenso beim Satzabbruch)
mhm	Zustimmung, aufmerksames Zuhören, Bestätigung und Anteilnahme
äh	Pausenfüller
[Lacht]	Situationsbeschreib in Klammern
(...)	Unverständliche Äußerungen
„...“	Walliserdeutsche Wörter

## Anhang G: Selbstständigkeitserklärung

## Selbständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne unerlaubte fremde Hilfe erstellt habe und nur die im Quellenverzeichnis angegebenen Medien benutzt habe.

Visp, den 23. Juli 2012

---