

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Die klinische Entscheidungsfindung als zentrales
Thema von Evidence – based Nursing.
Eine Untersuchung über die verschiedenen
Wissensquellen der pflegerischen Entscheidung
im Akutspital

Verfasserin

Beatrix Balasko

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, im März 2010

Studienkennzahl lt. Studienblatt:
Studienrichtung lt. Studienblatt:
Betreuerin:

A 057/122
IDS Pflegewissenschaft
Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Beatrix Balasko, erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.

Dieses Diplomarbeitsthema habe ich bisher weder im Inland noch im Ausland einem Beurteiler/einer Beurteilerin zur Begutachtung in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt.

.....

Datum

.....

Unterschrift

Danksagung

Mein tief empfundener Dank für ihre Hilfe und Unterstützung gilt:

- Meiner Betreuerin, Prof. Dr. Hanna Mayer, eine der charismatischsten Vortragenden, die ich während meiner ganzen Studiumszeit kennen lernen durfte, für ihre kompetente, interessierte und wertschätzende Beratung und Betreuung während der ganzen Zeit meiner Diplomarbeit.
- Mag. Isabella Hager, für die statistische und methodische Beratung.
- Meinen lieben Kollegen des Rudolfinerhauses: DGKS – Kollegen, für ihr Interesse und Mühe bei der Bearbeitung meiner Fragebogen, Veronika Kleibel für die „literaturtechnische“ Unterstützung und ein ganz besonderer Dank gebührt meiner lieben Kollegin, Vorgesetzten und Mentorin, Dr. Andrea Smoliner, Pflegewissenschaftlerin und Pflegeexpertin, begeisterte wissenschaftliche und fachliche MitdiskutantIn, für all die vielen wertvollen Ideen und kompetenten Ratschläge, für ihre Unterstützung in meiner beruflichen Weiterentwicklung und dafür, dass sie mir die Liebe und die Faszination für die Disziplin der Pflege offenbart hat.
- Meiner lieben Studiumskollegin, Karin Havel-Siegert, die trotz der Belastung durch ihr eigenes Studium sich die Zeit für das Korrekturlesen meiner Arbeit genommen hat.
- Meiner Familie, die an mich geglaubt und mir immer beigestanden hat. Ein besonderes Dankeschön gebührt meinem lieben Mann, Sorin, mein Wegbegleiter, mein Vertrauter, für seine unermüdliche Liebe, sein Verständnis und seine Unterstützung bei dieser unweigerlich anstrengenden, aber auch faszinierenden Arbeit.

„It is by logic that we prove. It is by intuition that we discover”

Henri Poincare

Zusammenfassung

Die klinische Entscheidungsfindung stellt einen wesentlichen Teil der pflegerischen Tätigkeit dar. Die Pflegenden werden in ihrem beruflichen Alltag aufgefordert, aktuelle gesundheitliche Beschwerden und potentielle gesundheitliche Risiken von Patienten richtig zu erkennen und zu interpretieren und die effektivsten Maßnahmen zur Lösung oder Verbesserung dieser gesundheitlichen Probleme zu identifizieren (Boney & Baker, 1997). Die klinischen Entscheidungen, die von den Pflegenden in ihrer alltäglichen Praxis getroffen werden, wirken sich wesentlich auf das Wohlbefinden und auf die gesundheitliche Situation der zu betreuenden Patienten aus. Die Qualität dieser Entscheidungen beeinflusst somit grundsätzlich die pflegerische Qualität.

Mit der Einführung von Evidence-based Nursing (EBN) in der Pflege ist auch die Bedeutung und das Interesse für das Verständnis, wie Entscheidungsprozesse im Pflegealltag ablaufen, gestiegen (Cader, Campbell & Watson, 2005).

Entscheidungstheorien wurden in verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen entwickelt. Je nach Sichtweise des Menschen wird von Theorien gesprochen, die von rationalem Handeln ausgehen (dazu gehören die „decision analysis theory“ und die „hypothetico-deductive reasoning“), oder solchen, die irrationales, vor allem gefühlsbetontes Handeln annehmen („pattern recognition“ und die Intuition).

Die rezenten wissenschaftlichen Erkenntnisse suggerieren, dass keine von diesen Theorien universell angewendet werden kann und dass unterschiedliche Theorien, abhängig vom Situationskontext und der Erfahrung der Pflegenden, entsprechend angewendet werden. Außerdem führen unterschiedliche Aufgaben zu unterschiedlichen Entscheidungssituationen, die wiederum unterschiedliche Entscheidungsstrategien erforderlich machen. Auf dieser Annahme setzt die „Cognitive Continuum Theory“ von Thompson (1999) an.

Die wissenschaftliche Literatur hat eine Reihe von Faktoren aufgedeckt, die einen zentralen Einfluss auf die Entscheidungsfindung der Pflegenden ausüben. Diese Faktoren sind: das Wissen, die Erfahrung, evidence-based practice (EBP), den psychologischen Stress, die Beziehung zwischen Pflegenden und Arzt und die

Rolle der Pflegenden. Das Wissen und die Erfahrung sind davon die zwei wichtigsten Einflussgrößen in der klinischen Entscheidungsfindung (Bakalis, 2006).

Eine weitere zentrale Erkenntnis der klinischen Entscheidungsfindung ist, dass Pflegende ihr Wissen in der Praxis aus unterschiedlichen Wissensquellen speisen. Diese Wissensquellen können: soziale Interaktionen (mit anderen Pflegenden, mit Ärzten, Patienten und deren Angehörigen), Erfahrungswissen (das eigene und das von anderen), a priori Wissen (Wissen aus der Ausbildung, persönliche Überzeugungen und der Common Sense) und schriftlich festgehaltenes Wissen (Forschungswissen, Richtlinien, Standards, Patientendokumentation, Medien) sein (Estabrooks, Rutakumwa, O`Leary, Profetto-McGrath, Milner, Levers und Scott-Findlay, 2005).

Die vorliegende quantitative Untersuchung zeigt, dass Pflegende das Wissen aus sozialen Interaktionen, Erfahrungswissen und a priori Wissen in der Regel gegenüber den schriftlichen Wissensquellen bevorzugen. Insbesondere die Verwendung und das Lesen wissenschaftlicher Zeitschriften werden im täglichen Pflegealltag vernachlässigt. Standards und Richtlinien dagegen werden in der vorliegenden Studie häufig von den Pflegenden verwendet und von diesen auch als wichtige Wissensquellen eingestuft.

Diese wissenschaftlichen Ergebnisse machen das Bemühen und die Notwendigkeit, Forschungswissen in die Praxis zu integrieren, deutlich. Im Sinne der evidence-based nursing und practice ist eine qualitative klinische Entscheidungsfindung ohne Miteinbeziehung von wissenschaftlichen Befunden nicht denkbar und auch nicht verantwortbar. Es stellt sich nun die Frage: Wie kann dieses Wissen den Praktikern näher gebracht werden? Welche Rahmenbedingungen sind dafür notwendig und welche Wege erforderlich, damit dieses Wissen im spezifischen Kontext der Pflege einen wirkungsvollen und sinnvollen Eingang und Akzeptanz finden kann?

Abstract

The clinical decision-making is an essential part of nursing. Nurses have to rightfully identify health discomfort and potential health risks of patients in their daily practice and they have to apply effective measures to answer or to improve these patient health problems (Boney & Baker, 1997). Thus, the quality of clinical decision influences the well-being and the health situation of patients and nevertheless the quality of patient care.

The development and introduction of the concept of evidence-based nursing (EBN) in patient caring has increased the interest for the understanding of clinical decision-making processes (Cader, Campbell & Watson, 2005).

There are different scientific disciplines which develop decision-making theories. These theories are based on different ideas of men. There are rational theories as „decision analysis theory“ and „hypothetico-deductive reasoning“, and there are also intuitive theories as “intuition” and “pattern recognition”.

The recent research findings suggest that none of these theories can be used universally in any caring settings. The use of these theories depends on the individual context of caring and the nursing experience. Furthermore, the handling of varied tasks induces different decision-situations and asks for diversity in decision-making strategies. This assumption applies the “cognitive continuum theory” of Thompson (1999).

The research literature identifies some crucial influencing factors of decision-making in nursing. These are: knowledge, experience, evidence-based practice (EBP), psychological stress, the relationship between nurses and physicians and the role of the nurse. The knowledge and the experience are the most important of them (Bakalis, 2006).

Other important research awareness is that nurses use different sources of knowledge in their daily practice. These sources of practice knowledge are: social interactions (with other nurses, with physicians, with patients and their families), experiential knowledge (the personal one and that from the others), a priori knowledge (which includes knowledge from nursing school, personal beliefs and common sense) and documentary sources (including research knowledge, policy and procedure manuals, patient’s charts, internet

and other media) (Estabrooks, Rutakumwa, O'Leary, Profetto-McGrath, Milner, Levers und Scott-Findlay, 2005).

The present quantitative study demonstrates that nurses generally prefer, as sources of knowledge for their daily caring, social interaction, experiential knowledge and a priori knowledge as much as documentary sources. Particularly, the use and reading of research journals in the practice of nursing is neglected. However, as this study showed, policy and procedure manuals have often been used by nurses and are appraised as an important knowledge source for the nursing care.

These research findings emphasize the importance of need and effort to integrate research knowledge in the daily practice of nursing. A qualitative decision-making in evidence-based nursing and practice is unaccountable without the use of the research evidence. There are some key issues regarding the importance in the future of nursing care and practice: How can research knowledge be successfully integrated in the nursing practice? Which general conditions are necessary and which methods are essential to increase research knowledge in the specific setting of nursing?

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	10
1.1	Ausgangslage und Problemstellung	10
1.2	Forschungsfragen	14
1.3	Ziele der Arbeit	14
1.4	Vorgehensweise und Aufbau der Arbeit	15
Teil I: Theoretischer Teil		
1	Begriffserklärung	17
2	Theoretische Modelle der Entscheidungsfindung	19
2.1	Eine Einführung	19
2.2	Klinische Entscheidungsfindungsmodelle	22
3	Einflussfaktoren der Entscheidungsfindung	40
4	Arten und Quellen von Wissen in der Pflegepraxis	48
Teil II: Empirischer Teil		
1	Vorbereitungsphase	56
1.1	Festlegung der Vorgangsweise	56
1.2	Ausarbeitung des Forschungsinstruments	57
1.3	Pretest	61
2	Durchführungsphase	62
3	Auswertungsphase	64
3.1	Stichprobenbeschreibung	66
3.2	Gütekriterien des Erhebungsinstruments	72
3.3	Itembeschreibung	75
3.4	Zusammenhänge zwischen Informationsquellen und Hintergrunddaten	96
3.5	Interpretation/Diskussion der Ergebnisse	101
3.6	Kritik an der Studie	107
3.7	Schlussfolgerung und Bedeutung für die Pflege	108

Anhang	112
Literaturliste	112
Abbildungsverzeichnis	119
Originalfragebogen vom Inselspital Bern	121
Genehmigung vom Inselspital Bern	129
Fragebogen – Erhebungsinstrument der Untersuchung	130
Genehmigung zur Durchführung der Studie	133
Die Verfasserin (Curriculum vitae)	134

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde im Text bei allen Begriffen, die sowohl die männliche als auch die weibliche Form erfordert hätten, die männliche Form verwendet. Selbstverständlich sind damit beide Formen gemeint.

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage und Problemstellung

Die Entscheidungsfindung stellt einen wesentlichen Part der pflegerischen Tätigkeit dar und ist zentraler Bestandteil der pflegerischen Rolle (Caputo & Mior, 1998, Offredy, 1998, Muir, 2004, Bakalis, 2006).

Ob es sich um Fragen hinsichtlich der Art von Beschwerden, die ein Patient hat, oder um den Einsatz effektiver pflegerischer Interventionen – insbesondere bei der Erstellung von Pflegediagnosen - handelt, der Pflegende ist immer in Entscheidungsprozesse involviert. Die Entscheidungen, die getroffen werden, üben einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit und auf das Wohlbefinden der zu betreuenden Patienten aus (Caputo & Mior, 1998, Muir, 2004).

Pflege wird als eine praktische Profession definiert und verstanden. Die Pflegenden werden in ihrem beruflichen Alltag aufgefordert, aktuelle gesundheitliche Beschwerden und potentielle gesundheitliche Risiken von Patienten richtig zu erkennen und zu interpretieren und die effektivsten Maßnahmen zur Lösung oder Verbesserung dieser gesundheitlichen Probleme zu identifizieren (Boney & Baker, 1997).

Pflegende sind die Ersten, die rasche physische oder psychische Veränderungen beim Patienten beobachten können und diese Veränderungen auch entsprechend interpretieren müssen, um weitere notwendige (oft lebensrettende) Maßnahmen einleiten zu können. Diese verantwortungsvolle Aufgabe, ein steigender Einsatz von medizinisch-technischen Geräten und die damit verbundene notwendige Wissenskompetenz fordern die Pflegenden auf, effektive Entscheidungsfinder zu sein (Boney & Baker, 1997).

Bucknall (2000) hat durch ihre Beobachtungsstudie herausgefunden, dass die auf einer Akutstation arbeitenden Pflegenden bei der Betreuung ihrer Patienten alle 30 Sekunden eine Entscheidung treffen müssen und dass diese Entscheidungen meistens folgende drei Hauptbereiche betreffen:

- a) Interventionsentscheidungen – hier ist das Ziel der Entscheidung die Veränderung der Patientensituation.
- b) Kommunikationsentscheidungen – hier ist das Ziel der Entscheidung das Geben oder das Erhalten von Informationen.
- c) Evaluationsentscheidungen – hier ist das Ziel der Entscheidung die Evaluation der Patientenparameter, um den aktuellen Gesundheitszustand des Patienten festzustellen. Diese sind auch die häufigsten Entscheidungen in der Praxis (51,4%).

Nach Case (1994) beinhalten die Denkprozesse bei Pflegenden sowohl das Selektieren als auch das Organisieren von Informationen, um bestimmte Schlussfolgerungen zu begründen. Wenn Pflegende Patienten nach ihrer Pflegebedürftigkeit einschätzen und die Wirkung pflegerischer und therapeutischer Maßnahmen evaluieren, selektieren sie die gesammelten Informationen und organisieren diese in für sie sinnvoll erscheinende Muster. Das Selektieren und Ordnen von Informationen, das Wiedererkennen von Mustern und das Begründen von Schlussfolgerungen sind Merkmale des kritischen Denkens. Dieses ist zum Treffen von Entscheidungen unentbehrlich.

Moore (1996) sieht die Entscheidungsfindung als einen Prozess mit drei Phasen: Erwägen (Deliberation), Denken und Urteilen (Judgement) und Wählen (Choice). In der ersten Phase werden mögliche Alternativen identifiziert. In der zweiten Phase werden alle diese Alternativen und ihre Konsequenzen analysiert und auf ihre Effektivität und Effizienz überprüft. In der dritten Phase wird dann schließlich die beste Alternative ausgewählt.

Durch die neueren Entwicklungen im Gesundheitswesen und die damit verbundenen neuen Aufgaben und Erwartungen an die Pflege besteht ein ständig wachsendes Interesse und ein erhöhter Erklärungsbedarf hinsichtlich der Entscheidungsfindung in der Pflegepraxis (Buckingham & Adams, 2000, Smith Higuchi & Donald, 2002, Bakalis, 2006). Entscheidungsfindung impliziert Macht und Autorität, um selbstständig funktionieren zu können. Ohne die Macht, die aus dem Recht unabhängig und selbstständig Entscheidungen treffen zu können entspringt, kann keine Profession eigenständig funktionieren. Demzufolge ist autonome Entscheidungsfindung wesentlich für die zukünftige Profession der Pflege

(Scott, Taylor, Välimäki, Leino-Kilpi, Dassen, Gasull, Lemonidou & Arndt, 2003).

Die Qualität der Entscheidungsfindung und die intellektuelle Maturität sind qualitative Indikatoren für eine höhere Ausbildung (Glen, 1995). Diese Erkenntnis macht sichtbar, dass die Fähigkeit für eine kritisch reflektierte Entscheidungsfindung mit der Notwendigkeit einer Akademisierung der Pflege einhergehen muss.

Alle Disziplinen, und somit auch die Pflege, besitzen bereits einen riesigen, hochkomplexen, sich ständig ändernden und wachsenden Wissenskörper. Der Umgang mit diesem Wissen und eine sinnvolle Anwendung dieses Wissens erfordern hohe kognitive Fähigkeiten und kritische Denkprozesse, die nur durch eine entsprechend hohe Bildung entwickelt und trainiert werden können (Glen, 1995, Banning, 2008).

Die klinische Entscheidungsfindung stellt einen komplexen Part der pflegerischen Handlung dar, die von Praktikern weitreichende Kenntnisse in verschiedenen relevanten Aspekten der Pflege, Zugang zu verlässlichen Wissensquellen und eine angemessene Patientenbetreuung bzw. ein unterstützendes Umfeld erfordert (Banning, 2008).

Ein besseres Verständnis der Entscheidungsfindungsprozesse könnte die klinische Expertise der Pflegenden und das Ziel pflegerischer Handlung besser betonen und begründen (Evans, 2005, Buckingham & Adams, 2000a).

Mit der Einführung von Evidence-based Nursing (EBN) in die Pflege ist auch die Bedeutung und das Interesse für das Verständnis, wie Entscheidungsprozesse im Pflegealltag ablaufen, gestiegen (Cader, Campbell & Watson, 2005).

„Evidence-based Nursing wird als eine Denk- und Arbeitsrichtung verstanden, die problem- und handlungsorientiert von der konkreten Praxissituation ausgeht und ihre Entscheidungsfindung auf verschiedene Wissensquellen stützt:

Forschung, klinische Expertise, Patientenerfahrungen/-präferenzen und lokale Daten/Ressourcen. (Rycroft-Malone et al., 2004)“

[Online im Internet]. URL: <http://www.rudolfinerhaus.at> [25.11.09].

„ Evidence-based Nursing ist die Nutzung der derzeit besten wissenschaftlich belegten Erfahrungen Dritter im individuellen Arbeitsbündnis zwischen einzigartigen Pflegebedürftigen und professionell Pflegenden.“

(Behrens & Langer, 2006, S. 27).

Aus dieser Definition heraus stellen Behrens und Langer (2006) die pflegerische Entscheidung in den Mittelpunkt von EBN. Jede Einzelfall-pflegerische Entscheidung besteht aus mehreren Komponenten: der *Expertise der Pflegenden*, den *Vorstellungen des Pflegebedürftigen*, den *Umgebungsbedingungen* und den *Ergebnissen aus der Pflegeforschung*, wobei laut Behrens und Langer (2006) jeder dieser Teile bei jeder Entscheidung in unterschiedlich starkem Ausmaß herangezogen wird.

Evidence-based Nursing (EBN) ist ein Problemlösungsprozess, wobei die pflegerische Entscheidung als eine Phase dieses Prozesses zu verstehen ist (Behrens & Langer, 2006).

Behrens und Langer (2006, S. 42) teilen den EBN – Prozess in sechs Schritte auf:

1. die (gemeinsam mit dem Klienten erfolgende) **Klärung des pflegerischen Auftrags** – hier kommt es zur Identifizierung eines Problems
2. die **Formulierung einer klaren, beantwortbaren Frage**, die das Problem beschreibt, für das man eine Lösung sucht
3. die **Literaturrecherche**, durch die relevantes Forschungswissen (externe Evidence) gefunden werden kann, die eine Antwort auf die gestellte Frage geben könnte
4. die **kritische Beurteilung** des gefundenen Wissens hinsichtlich Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Anwendbarkeit
5. die **Implementierung** des besten verfügbaren Wissens (externe Evidence), zusammen mit der eigenen Erfahrung und den Wünschen des Pflegebedürftigen (interne Evidence) in einem individuellen Pflegeplan - hier erfolgt die *Entscheidung* über die Veränderungen der eigenen Interventionen
6. die **Evaluation** der Wirkung der ausgewählten Interventionen und die mögliche Korrektur dieser, wenn keine Erfolge zu vermerken sind.

Obwohl der berufliche Alltag von Pflegenden komplexe Denkprozesse verlangt, wird der klinischen Entscheidungsfindung im deutschsprachigen Raum wenig Beachtung geschenkt. Die Tatsache, dass Pflegepersonen während ihrer alltäglichen Arbeit ständig mit Entscheidungssituationen konfrontiert sind und mit ihren Entscheidungen wesentlich die Qualität der Pflege und die Gesundheit der Patienten beeinflussen, wird nicht als solche

bewusst wahrgenommen und thematisiert. Die Situation der Pflegepraxis, deren Alltag meist durch routinierte Abläufe und Ressourcenknappheit gekennzeichnet ist, zeigt, dass diese Entscheidungsfindungsprozesse häufig automatisiert stattfinden und gewöhnlich auch zu wenig reflektiert werden. Wenig Bewusstheit besteht auch über die einzelnen Wissensquellen, die Pflegende in ihre Entscheidungsfindung miteinbeziehen, und warum manche von diesen mehr und andere wiederum weniger oder nur selten angewendet werden.

1.2 Forschungsfragen

Aus diesem Erkenntnisinteresse ergeben sich für die Arbeit folgende Forschungsfragen:

- a) Wie laufen Entscheidungsprozesse in der Pflegepraxis ab?*
- b) Welche Faktoren spielen bei der Entscheidungsfindung eine wichtige Rolle?*
- c) Welche Wissensquellen gibt es in der Pflege?*
- d) Welche Wissensquellen bevorzugen Pflegepersonen in der Praxis und wie hängen diese Präferenzen mit den Hintergrunddaten (Alter, Geschlecht, Anstellungsgrad, Erfahrung und Weiterbildung) zusammen?*

1.3 Ziele der Arbeit

Die vorliegende Arbeit soll einen Beitrag zum besseren Verständnis der komplexen Welt der klinischen Entscheidungsfindungsprozesse der Pflegenden und den verschiedenen Einflussfaktoren, die in Zusammenhang mit diesen Prozessen stehen, leisten. Darüber hinaus sollen die verschiedenen Wissensquellen, die Pflegende in ihren Praxisentscheidungen verwenden, aufgedeckt werden und ihre Präferenzen hinsichtlich dieser Wissensquellen untersucht und diskutiert werden.

Aus diesen Erkenntnissen heraus will diese Forschungsarbeit zum Abschluss die Bedeutung dieser Sachverhalte für die Qualität der Pflege hervorheben und einige Empfehlungen für die Pflegepraxis und für die Pflegeentwicklung im Allgemeinen abgeben.

1.4 Vorgehensweise und Aufbau der Arbeit

Die ersten drei Forschungsfragen:

- a) *Wie laufen Entscheidungsprozesse in der Pflegepraxis ab?*
- b) *Welche Faktoren spielen bei der Entscheidungsfindung eine wichtige Rolle?*
- c) *Welche Wissensquellen gibt es in der Pflege?*

- die den theoretischen Rahmen der Arbeit bilden und somit den ersten Teil dieser darstellen, wurden mittels Literaturrecherche und entsprechender Fachliteratur bearbeitet.

Das Literaturstudium zeigte sich als relativ anspruchsvoll, da einerseits kaum Basisliteratur (in Form von Büchern) zu diesen Themen zu finden war (weder deutschsprachig noch englisch) und andererseits kaum Publikationen im deutschsprachigen Raum diesbezüglich zu entdecken waren.

Die vorliegende Arbeit stützt sich somit hauptsächlich auf wissenschaftliche Studien und Artikel aus fachspezifischen internationalen Zeitschriften.

Im englischsprachigen Raum wurden bereits seit Ende der 80er und Anfang der 90er Jahre diese Themen vorrangig behandelt. Insbesondere in den U.S.A, Großbritannien und Kanada wurden einige wichtige, aufklärende und Erkenntnis generierende Arbeiten zur pflegerischen Entscheidungsfindung durchgeführt und publiziert. Inhaltlich stehen Arbeiten über die verschiedenen Entscheidungsmodelle und ihrer Anwendung in der Pflegepraxis im Vordergrund, aber auch Einflussfaktoren der Entscheidungsfindung, ihre Bedeutungen und Auswirkungen für die Qualität der Pflege.

Recherchiert wurde einerseits in den verschiedenen Fachbibliotheken und in der Hauptbibliothek der Universität Wien, in der Fachbibliothek der Medizinischen Universität Wien, in der Fachbibliothek des Rudolfinerhauses, und andererseits in den fachspezifischen Datenbanken: Medline (PubMed) und Cinahl. Gesucht wurde hier nach folgenden Schlüsselbegriffen: *clinical decision making, decision making theories, clinical reasoning, decision analysis, cognitive continuum, influential factors of decision making, clinical experience, critical care, psychological stress, intuition, intuitive knowing, nursing knowledge, ways of knowing, sources of information for practice, literature review, nursing practice, evidence based, research utilisation, barriers/facilitators to/for research utilisation.*

Hauptsächlich wurden wissenschaftlichen Artikel, die ab 2000 publiziert wurden, ausgewählt. Dennoch wurden auch einige ältere Arbeiten in die Untersuchung miteinbezogen, wenn diese von ihren Inhalten her als relevant gefunden wurden (z.B. als Vergleich zu neueren Untersuchungen, qualitativ hochwertiger und informativer Untersuchungen, um Sekundärzitate nach Möglichkeit zu unterlassen oder wenn keine neueren Erkenntnisse zu den gesuchten Themen zu finden waren).

Die vierte Forschungsfrage:

d) Welche Wissensquellen bevorzugen Pflegepersonen in der Praxis und wie hängen diese Präferenzen mit den Hintergrunddaten (Alter, Geschlecht, Anstellungsgrad, Erfahrung und Weiterbildung) zusammen?

- wurde anschließend empirisch untersucht. Die quantitative Untersuchung dieses Sachverhalts wurde in einer privaten Akutkrankenanstalt, dem Rudolfinerhaus in Wien, durchgeführt. Eine genaue Beschreibung der Studie ist im zweiten, empirischen Teil der Arbeit zu finden.

I. Theoretischer Teil

1 Begriffserklärung

Der Begriff „Entscheidung“ bezeichnet eine Situation, in der Entscheidungsträger die Möglichkeit haben aus mehrere Optionen zu wählen. Diese Optionen können Objekte, Handlungen oder Strategien sein. Konsequenzen sind Folgen, die sich aus der Wahl einer bestimmten Option ergeben. Die Ziele einer Person schränken die möglichen Optionen ein, indem aus allen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten die für die angestrebten Ziele relevanten gesucht werden (Kirchler, 2005, S. 499).

Entscheidungen sind nicht durch eine eindeutig richtige, objektiv „korrekte“ Lösung charakterisiert. Dennoch soll aus einer Reihe von Handlungsoptionen die „beste“ gewählt werden. Entscheidungen bezeichnen also nicht nur eine Situation, in der gewählt werden muss, sondern gleichzeitig auch Ergebnisse von Wahlprozessen (Kirchler, 2005, S. 499).

Die Schwierigkeit von Entscheidungen hängt laut Kirchler (2005) von verschiedenen Kriterien ab:

- a) *Offenheit*: die Menge der zur Verfügung stehenden Alternativen. Je mehr Alternativen, desto schwieriger die Entscheidung.
- b) *Zwischenschritte*: die Anzahl von Entscheidungsschritten. Je mehr Entscheidungsschritte notwendig sind, desto komplexer und schwieriger ist die Entscheidung.
- c) *Konsequenzen*: Entscheidungen sind desto schwieriger, je weniger absehbar oder je schwerwiegender die Folgen einer gewählten Alternative sind.
- d) *Einmaligkeit versus Routine*: je weniger vertraut ein Entscheidungsträger mit einer Situation ist (neue oder ungewohnte Situationen), umso weniger Hilfestellung (Bewältigungsstrategien) kann er zurückgreifen. Dies macht die Entscheidung komplexer und schwieriger.
- e) *Wissen*: je weniger Wissen vorhanden ist (das Erkennen und Bewerten der zur Verfügung stehenden Optionen und die Erfahrung mit ähnlichen Aufgaben), umso schwieriger wird eine Entscheidung.

- f) *Motivation und Emotionen*: Die Motivation beschreibt die notwendige Wissensaktivierung und die Beweggründe, sich auf eine Entscheidungsdynamik (dem Willen, das Wissen adäquat anzuwenden, vorhandene Fakten zu verknüpfen und ein gute Lösung zu finden) einzulassen. Die Emotionen können sich auf die Leistungsmotivation, das Anspruchsniveau, die Frustrationstoleranz oder die Rationalität der Entscheidungsfindung auswirken und damit eine Entscheidung erleichtern oder schwieriger machen.

2 Theoretische Modelle der Entscheidungsfindung

2.1 Eine Einführung

Entscheidungstheorien wurden in verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen entwickelt. Je nach Sichtweise des Menschen wird von Theorien gesprochen, die von rationalem Handeln ausgehen (*normative Theorien*), oder solchen, die irrationales, vor allem gefühlsbetontes Handeln, annehmen (*deskriptive Theorien*). Im Gegensatz zu normativen und deskriptiven Modellen wird in *präskriptiven Entscheidungsmodellen* ein Vorschlag zur Verbesserung von Entscheidungen angeboten, so Kirchler (2005).

Nach Kirchler (2005) geht das *normative* oder *Rationalmodell* davon aus, dass Menschen rational handeln und es bezieht sich vor allem auf Entscheidungsprozesse, nicht auf Ergebnisse. Dieses Modell ist ein Maximierungsmodell, das heißt, es geht darum, wie ein idealisiertes Individuum optimal Entscheidungen trifft oder treffen sollte.

Nach dem Rationalmodell sind Entscheidungssituationen durch folgende allgemeine Charakteristika geprägt (Kühberger, 1994, zitiert nach Kirchler, 2005, S. 541):

- einen bestimmten identifizierbaren Entscheidungsträger
- die Alternativen sind im Voraus festgelegt und der Entscheidungsträger ist darüber vollständig informiert
- alle mögliche Konsequenzen können vorweggenommen und bewertet werden
- die Bewertung der Konsequenzen geschieht anhand von beständigen Zielen
- allen möglichen Ereignissen können Wahrscheinlichkeiten zugeordnet werden
- die Relevanz von Informationen kann beurteilt und relevante Informationen gesucht und gesammelt werden.

In der Praxis ist jedoch kaum mit den idealen Voraussetzungen, die das Rationalmodell annimmt, zu rechnen. Für Entscheidungen steht meistens nur eine begrenzte Zeit zur Verfügung (oft müssen Entscheidungen unter Zeitdruck

getroffen werden), die menschlichen Informationsverarbeitungskapazitäten sind eingeschränkt, Entscheidungen präsentieren sich selten als isolierte Aufgaben, sondern müssen gefällt werden, während andere Aktivitäten zur Ausführung drängen und außerdem sind oft die erforderlichen Kommunikationsstrukturen und Informationsflüsse in den Organisationen und Institutionen, wo die Entscheidungen zu treffen sind, nicht optimal vorhanden, so Kirchler (2005). *Deskriptive Modelle* hingegen versuchen die Entscheidungen so zu beschreiben, wie sie tatsächlich im Alltag getroffen werden. In Organisationen stehen oft simultan verschiedene Aufgaben an, multiple Ziele werden verfolgt und die Aufmerksamkeit der Entscheidungsträger ist auf viele Aufgaben gleichzeitig gelenkt. Demzufolge müssen in der Praxis oft Entscheidungsprozesse abgekürzt werden (auch um Zeit zu sparen). Zwischen Vernunft und Gespür wird eine Alternative gewählt, bei der negative Effekte am unwahrscheinlichsten scheinen (Kirchler, 2005).

Kirchler (2005) verwendet in diesem Zusammenhang den Begriff der „*bounded rationality*“ (beschränkter Rationalität), wonach die Menschen bei Entscheidungen nicht nach der „besten“ Alternative (so wie es das Rationalmodell den Entscheidungsträger abverlangt) suchen, sondern sie begnügen sich mit einer „zufriedenstellenden“. Sie konstruieren einfache Entscheidungen, wählen die hervorstechendsten Merkmale oder Kriterien der Aufgaben aus und vernachlässigen oder übersehen einen Großteil von Merkmalen. Nicht alle Alternativen, sondern nur einige wenige, können begutachtet werden. Die in die Auswahl einbezogenen Alternativen werden nach ihrem augenfälligsten Merkmal beurteilt, und, wenn eine Alternative in etwa den Anforderungen des Individuums entspricht, wird sie gewählt, so Kirchler (2005).

Ein Entscheidungsmodell, das mit noch weniger restriktiven Annahmen auskommt, ist das „*implicit-favorite-model*“. Nach diesem Modell wird spontan eine Alternative bevorzugt und versucht, die Wahl zu rechtfertigen (Kirchler, 2005).

Unsicherheit in Entscheidungssituationen wird durch unterschiedliche Strategien zu reduzieren versucht:

- indem neue Informationen gesucht werden, zugewartet wird, bis neue Kenntnisse erlangt werden etc.

- indem die Unsicherheit akzeptiert wird und die möglichen Konsequenzen und potentiellen Risiken der Entscheidung überlegt und miteinkalkuliert werden
- indem die Unsicherheit ignoriert wird (Gefühl der falschen Sicherheit) (Lipshitz & Strauss, zitiert nach, Kirchler, 2005, S. 548).

Entscheidungen müssen also oft unter ungünstigen Bedingungen getroffen werden: die Zeit drängt, Informationen reichen nicht aus, um die „beste“ Alternative zu finden, die kognitiven Kapazitäten der Entscheidungsträger sind limitiert oder sie sind nach langwierigen Überlegungen demotiviert, weiter nach besseren als den gerade verfügbaren Lösungen zu suchen. Das hat zur Folge, dass in vielen Entscheidungssituationen „kognitive Abkürzungen“ zum Ziel werden. Diese kognitiven „Eilverfahren“, die schnell zu einer Entscheidung führen, aber systematische Fehler (bias) bedingen können, heißen *Heuristiken*. Kirchler (2005) unterscheidet zwischen:

- a) *Verfügbarkeitsheuristik*: Ereignisse, die aktuell einfacher aus dem Gedächtnis abrufbar sind, werden als wahrscheinlicher eingeschätzt als schwer abrufbare Informationen. Als leichter abrufbar gilt, was in lebhafter, bildhafter Erinnerung ist und erst kürzlich bzw. wiederholt auftrat.
- b) *Repräsentativitätsheuristik*: Personen halten Ereignisse für wahrscheinlicher, wenn sie einen gängigen Prototyp, das heißt einen typischen Vertreter eines Begriffs, entsprechen, und ignorieren dabei oft in ihren Urteilen wesentliche Merkmale der Grundgesamtheit (wie: die Basisrate, Gruppengröße, die Auftrittswahrscheinlichkeit).
- c) *Verankerungs- und Anpassungsheuristik*: Personen orientieren sich an einer (nicht relevanten) Bezugsgröße (die durch die Problemformulierung oder durch eine andere Person vorgegeben wurde), sie verankern und passen ihre Urteile im Laufe der Schätzung unzureichend an. Dadurch fallen Schätzungen falsch aus, trotz des Vorliegens neuer Informationen.

Die oben genannten Entscheidungsheuristiken betreffen die möglichen Fehlerquellen bei der Informationssuche und –bewertung einer Entscheidungssituation. Weitere Fehlerquellen können laut Kirchler (2005) dann

auftreten, wenn Informationen aus verschiedenen Bereichen konzeptlos und unstrukturiert abgearbeitet werden, wenn potentielle Zusatzinformationen unberücksichtigt bleiben und wenn potentielle Gefahren und Auswirkungen der Entscheidungen verdrängt werden. Je komplexer und schwieriger eine Situation ist, umso detaillierter sollte die Analyse dieser erfolgen (Problem der Zeit und Kosten in der Praxis).

Fehlerquellen können, laut Kirchler (2005), in weiterem auch die Entscheidungsfindungsstrategien und die Bewertung von Ergebnissen betreffen. Je mehr bereits in eine Sache investiert wurde, umso wahrscheinlicher ist es, dass weiter daran festgehalten wird, auch wenn dadurch negative Konsequenzen zu erwarten sind. Auch wenn Fern- und Nebenwirkungen einer Entscheidung unberücksichtigt bleiben, kann man von einem Strategiefehler sprechen. In der Rückschau sind Entwicklungen und Ereignisse nicht überraschend und wurden „schon immer“ erwartet, konstruktive Selbstkritik wird sparsam ausgeübt und einmal getroffene Entscheidungen werden nicht mehr in Frage gestellt, sondern es werden im Nachhinein Rechtfertigungen für die Entscheidungen gesucht, so Kirchler (2005).

Um Entscheidungsfehler entgegenzuwirken ist es wichtig die möglichen Fehlerquellen der Entscheidungen zu kennen und sich diese bewusst zu machen. Aus dieser Perspektive heraus sollten eine ehrliche Reflexion und Analyse der Situation, der Zielsetzung, der Informationssammlung, der Strategie und der Ergebnisse während des gesamten Entscheidungsprozesses erfolgen.

2.2 Klinische Entscheidungsfindungsmodelle

Die vier wichtigsten Entscheidungsmodelle, die im klinischen Bereich eine bedeutende Rolle spielen, sind: „*pattern recognition*“, „*decision analysis*“, „*hypothetico-deductive reasoning*“ und „*intuition*“ (Offredy, 1998, Evans, 2005).

Diese Theorien stehen in der Tradition der zwei klassischen Richtungen der Entscheidungsfindungsmodelle, dem Normativen und dem Deskriptiven, die in Abschnitt 2.1, Teil I, näher beschrieben wurden.

Die rezente Literatur suggeriert, dass keine von diesen Theorien universell angewendet werden kann und dass unterschiedliche Theorien abhängig vom Situationskontext und der Erfahrung der Pflegenden entsprechend angewendet werden (Elstein & Schwarz, 2002, Evans, 2005, Offredy, 1998).

Darüber hinaus überlappen sich die verschiedenen Theorien in unterschiedlichen Situationen. So kann z.B. „pattern recognition“ verwendet werden um Hypothesen zu generieren und „hypothetico-deductive reasoning“ kann durch Erfahrung verinnerlicht werden und sich zu einem unbewussten Prozess entwickeln, der wiederum zu einer intuitiven Entscheidung führen kann (Evans, 2005).

Elstein und Schwarz (2002) schlagen einen neuen Weg für die Beschreibung der Entscheidungsfindung in der klinischen Praxis vor, der einen flexiblen Umgang mit den unterschiedlichen Theorien und ihren Gemeinsamkeiten garantiert.

Ein Beispiel für diese neue Orientierung stellt die von Thompson (1999) beschriebene „*continuum of decision making activity*“ vor.

In weiterem sollen diese theoretischen Modelle kurz beschrieben und ihre Relevanz für die Pflegepraxis diskutiert werden.

2.2.1 „Pattern recognition“

Nach diesem Modell werden neue Patienten mit bestimmten Symptomen den Patienten zugeordnet, die gleiche oder ähnlichen Symptome aufgewiesen haben. Diesen neuen Patienten wird somit die gleiche Diagnose zugeschrieben (Evans, 2005, Offredy, 1998).

Der Praktiker interpretiert die Zeichen und die Symptome des Patienten in Zusammenhang mit Hintergrundinformationen und dem Wissen bezogen auf die Krankheiten. Die Informationssuche und –bewertung erfolgt hier durch eine Kategorisierung von Symptomen und durch das Erkennen repräsentativer Merkmale und Hinweise, die sowohl analytisch als auch intuitiv erfolgen können. Demzufolge werden die Patienten nach ihren Symptomen verschiedenen Kategorien zugeordnet (Offredy, 1998). Dabei spielt die Erfahrung der Pflegenden eine zentrale Rolle und sie wird durch den Vorrat an Wissen bestimmt (Offredy, 1998, Elstein & Schwarz, 2002).

„Pattern recognition“ ist eine Heuristik, die von den Praktikern verwendet wird, um Entscheidungen im Klinikalltag zu fällen. Diese Methode findet ihre Anwendung bei unkomplizierten oder einfachen Fällen und macht Entscheidungen in der Praxis schneller möglich. Gleichzeitig aber birgt sie auch die Gefahren von Bias und von Entscheidungsirrtümern, wie jede andere Heuristik es auch tun kann (Offredy, 1998, Elstein & Schwarz, 2002, Banning, 2008).

Offredy (1998) bringt in ihrer Studie ein Beispiel aus der Pflegepraxis, um die Methode von „pattern recognition“ der Pflegenden besser veranschaulichen zu können:

... a lady brought in her daughter to see me because she [the daughter] was having breathlessness, but only when she lies flat at nights.... I did some tests.... and that didn't produce anything constructive..... so I sent them away with a peak flow, a peak flow diary and ventolin inhaler to try for a fortnight. They'll come back after a fortnight and I'll look at the pattern and then I'll decide and see whether there's an asthma problem or whether it's something else. The pattern gives me the range... (S. 997)

2.2.2 „Decision analysis“

Bei dieser Methode werden die Entscheidungen in mehrere Schritte aufgeteilt. Jeder Schritt wird dann individuell in Zusammenhang mit den Begriffen der Wahrscheinlichkeit und ihrer Bedeutung ausgewertet (Evans, 2005).

Narayan, Corcoran-Perry, Drew, Hoyman & Lewis (2003) unterscheiden zwischen formaler und informaler „decision analysis“. Die *formale* Form der Analyse beschäftigt sich sowohl mit der strukturellen Darstellung der Entscheidungssituation als auch mit mathematischen Methoden für die Beschreibung der Alternativen und ihrer Bewertungen. Die *informale* Form der Analyse verwendet das Konzept und manchmal auch die Struktur der Entscheidungsanalyse, lässt aber, in der Regel, die mathematischen Berechnungen aus und fokussiert hauptsächlich auf die möglichen Alternativen und deren Ergebnisse (Konsequenzen).

Die Struktur der Entscheidungssituation stellt, laut Narayan et al. (2003), die Beziehung zwischen drei Komponenten dar: Optionen, Zufallsereignisse und mögliche Ergebnisse dieser. Die mathematischen Methoden ermöglichen die Identifikation der Option mit dem höchst erwarteten Nutzen. Dabei werden die persönlichen Präferenzen hinsichtlich jedes möglichen Ergebnisses und die Eintrittswahrscheinlichkeiten der verschiedenen Optionen und Zufallsereignisse optimal, mittels einer mathematischen Formel, miteinander kombiniert. Daraus ergibt sich dann die optimale Lösung mit dem besten Nutzen.

Die formale Entscheidungsanalyse setzt sich laut Narayan et al. (2003) aus vier Schritten zusammen:

- *Schritt 1:* das Erstellen eines Flussdiagrammes oder auch Entscheidungsbaum genannt – beinhaltend die chronologische Anordnung der Entscheidungsknoten („decision nodes“ - die Optionen der Entscheidungsträger), die Zufallsknoten („chance nodes“- die Möglichkeiten, die per Zufall eintreten können) und eine Zusammenfassung von möglichen Ergebnissen („outcomes“) je nach Option.
- *Schritt 2:* der Entscheidungsträger bewertet jedes möglichen Ergebnis mit einem von ihm aufgestellten (je nach Präferenzen) Ranking bzw. Wert.
- *Schritt 3:* der Entscheidungsträger bewertet die Eintrittswahrscheinlichkeit jedes Zufallsereignisses (dieses kann objektiv, durch theoretisches Wissen, oder subjektiv, durch eigenen Überzeugungen, Erfahrung oder Expertenmeinung, bestimmt werden).
- *Schritt 4:* aus den Bewertungen und Wahrscheinlichkeiten wird mittels mathematischer Formeln der erwartete Nutzen jeder einzelnen Option des Entscheidungsbaumes ausgerechnet. Die Alternative mit dem höchst erwarteten Nutzen wird schließlich als Lösung ausgewählt.

Es besteht auch die Möglichkeit, Entscheidungsanalysen bzw. Entscheidungsdiagramme mittels Computerprogrammen zu entwickeln und somit eine Unterstützung für die klinische Entscheidung in der Praxis zu gewährleisten (Narayan et al., 2003).

Die Methode der „decision analysis“ wird bei schwierigen, komplexen, unsicheren, aber auch wichtigen Entscheidungen angewendet, wo eine Reihe von Faktoren zu berücksichtigen sind, um einen guten Überblick über die verschiedenen Möglichkeiten und ihre Auswirkungen zu bekommen. Sie ist zeitlich ziemlich aufwendig (Offredy, 1998, Harbison, 2001) und deshalb für schnelle oder kritische Entscheidungen ungeeignet (Harbison, 2001). Ihr Nutzen hängt von der Erfahrung und dem Wissen der Pflegenden ab und sie ist gegenüber Wahrscheinlichkeitsschätzungsfehlern anfällig (Elstein & Schwarz, 2002).

Als eine Methode der rationalen Entscheidungstheorien liegt ihre Schwäche darin, dass Entscheidungen in der Praxis nie rein rational ablaufen (Offredy, 1998) und dass das Ziel nicht immer das Mittel heiligt (Narayan et al., 2003).

Das Praxisbeispiel von Narayan et al. (2003) soll die Methode der „decision analysis“ besser veranschaulichen (siehe dazu auch Abbildungen 1 und 2):

Scenario 1

You have just come to work for the evening shift on a surgical unit at Memorial Hospital. You are assigned for the first time to provide nursing care for Ted Hogan, a 25-year-old engineer who had a colectomy three days ago. The nurse who reports to you indicates that Ted continues to complain of severe to excruciating pain. His history includes multiple drug use for his chronic abdominal pain. He completed a treatment program about two years ago for his chemical dependency on meperidine (Demerol). The reporting nurse indicates that she and other nurses who have worked with Ted want to provide for his comfort, but at the same time they do not want to reactivate his drug dependency. She states that several nurses suspect that Ted is faking some of his pain to get drugs. After report, you go to assess Ted's condition. When you enter his room, Ted shouts, 'Nurse, get me some Demerol quick! I'm really hurting!' You note that he is lying very still, but occasionally his legs jerk spontaneously. His facial expression is rather flat. After quickly checking his vital signs, surgical site and bowel sounds, you conclude that he is stable from his surgery. As you leave Ted's room, indicating that you will get something for him, you feel confused. His self-report of severe pain is not supported by his behaviors and vital signs. The involuntary jerking of his legs may indicate a toxicity to meperidine. You review Ted's chart and find that the physician's orders include two intravenous analgesic medications from which to choose: morphine 10 mg and meperidine 75 mg. You recognize these as equianalgesic medications and dosages. His medication record indicates that nurses have been inconsistent about analgesic administration. Occasionally they gave him morphine, and at other times they honored his request for meperidine. His last analgesic was meperidine 3 h ago. The nurse who gave it to him charted that Ted insisted on it because it was the only analgesic that

works for his abdominal pain. You are concerned about relieving his pain now. But you also are concerned about developing a long-range plan that will provide consistent and safe pain control for Ted. How might you take into account Ted's preferences and the potential risks of these analgesics when developing such a plan? (S. 229)

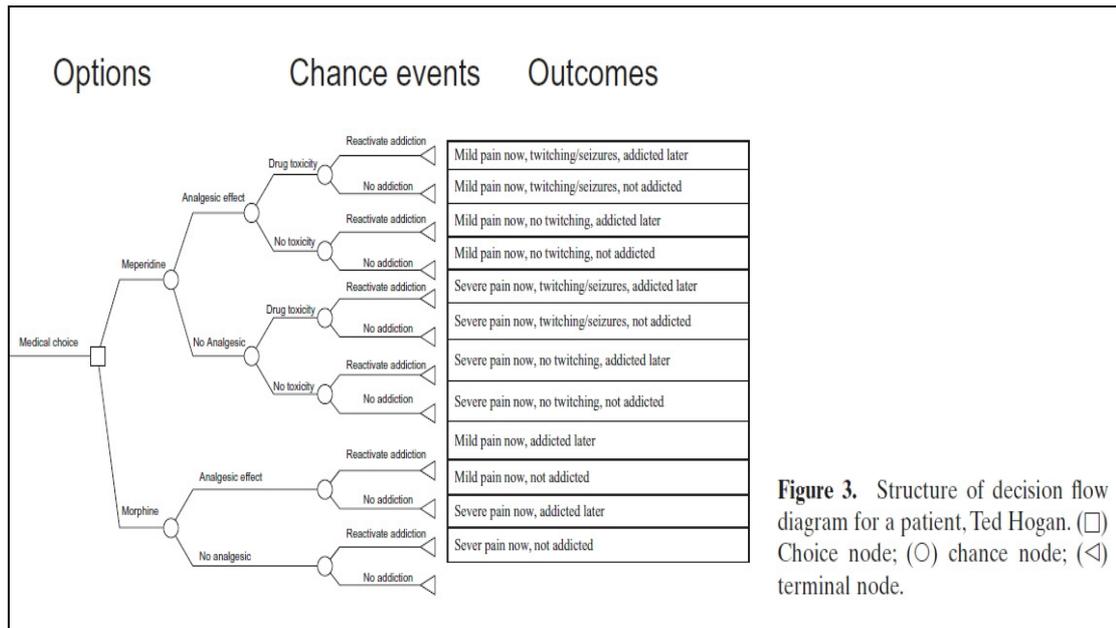


Figure 3. Structure of decision flow diagram for a patient, Ted Hogan. (□) Choice node; (○) chance node; (◁) terminal node.

Abbildung 1: Die Struktur des Flussdiagramms von Patient Ted Hogan, mit den zwei Möglichkeiten der Schmerzmedikation: „Meperidine“ und „Morphine“, die daraus resultierenden Zufallsmöglichkeiten und ihren möglichen Ergebnissen (Narayan et al. 2003, S. 234)

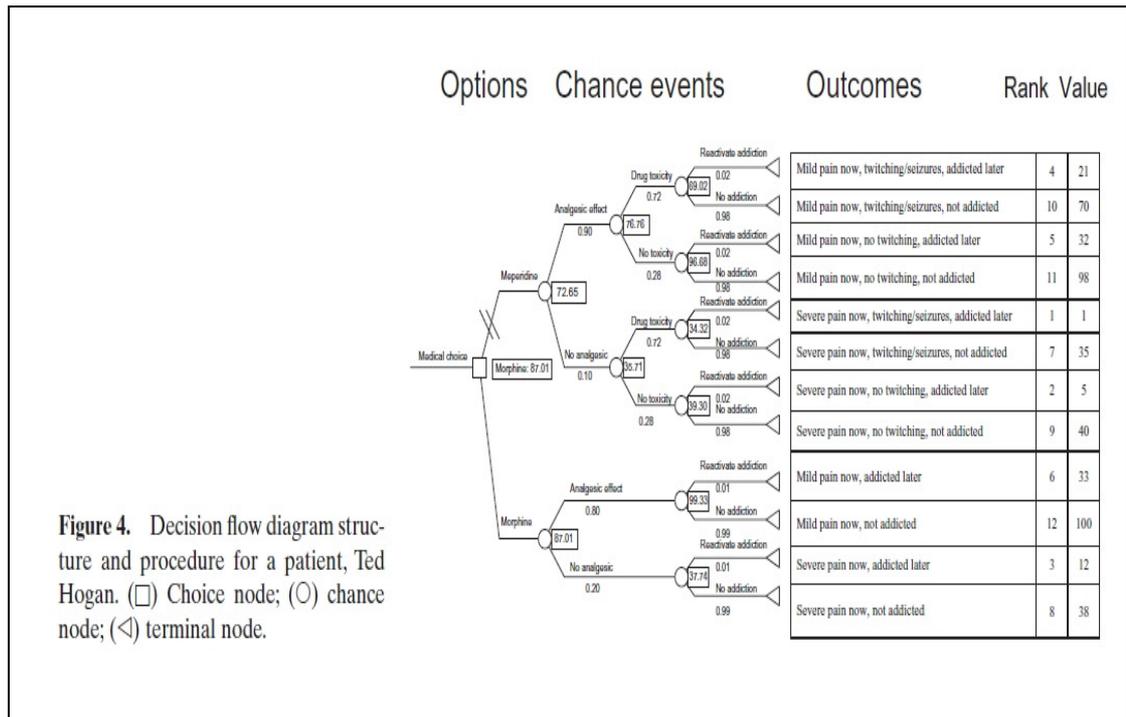


Abbildung 2: Die Struktur und der Ablauf des Flussdiagramms von Patient Ted Hogan mit seinen eigenen Präferenzen (12 als das am meisten erwünschte Ergebnis, 1 als das am wenigsten erwünschte Ergebnis) und Bewertungen (100 für die höchste Erwünschtheit und 1 für die niedrigste Erwünschtheit) und die Eintrittswahrscheinlichkeiten jedes Zufallsereignisses bzw. der ausgerechnete erwartete Nutzen (in Prozent) der Alternativen (Narayan et al. 2003, S. 235)

2.2.3 „Hypothetico-deductive reasoning“

Diese Methode der Entscheidungsfindung versteht sich als ein Modell für Testung von Hypothesen (Offredy, 1998, Elstein & Schwarz, 2002).

Die Pflegenden selektieren Hinweise von einer vorhandenen Situation und verwenden diese Informationen zur Bildung von Hypothesen, die mögliche Diagnosen generieren könnten. Weitere Hinweise dienen der Bekräftigung oder Anfechtung dieser Hypothesen. Zwischen der Bedeutung der einzelnen Hinweise werden Vergleiche durchgeführt. Daraus kommt es letztlich zu einer Schlussfolgerung, die eine der gefundenen Hypothesen bestärkt, die dann als die Diagnose postuliert wird (Harbison, 1991).

Diese Methode ist als eine Informationsverarbeitungsmethode zu verstehen und kann bei komplexen, unsicheren (Offredy, 1998) oder schwierigen Situationen eingesetzt werden (Elstein & Schwarz, 2002).

Die Erfahrung der Pflegeperson spielt hier ebenfalls eine bedeutende Rolle, denn frühere Erfahrungen mit ähnlichen Situationen und bereits im Gedächtnis gespeicherte Hypothesen können für die Entstehung neuer Diagnosen aus dem Gedächtnis hervorgeholt und wieder eingesetzt werden. Die aufgewendete Zeit für die Hypothesenbildung und für die Diagnosenentstehung wird dadurch wesentlich gekürzt (Offredy, 1998, Elstein & Schwarz, 2002). Die Erfahrung beeinflusst außerdem positiv die Qualität der gebildeten Hypothesen, so Elstein und Schwarz, 2002.

Die Schwächen dieser Methoden können in der Informationssammlung und –bewertung liegen. Es ist durchaus möglich, dass bestimmte Sachverhalte ignoriert, missverstanden oder missinterpretiert werden (Elstein & Schwarz, 2002).

Das Beispiel aus der Studie von Offredy, 1998, soll die Methode der „hypothetico-deductive reasoning“ besser veranschaulichen:

Patients will tell you what's wrong with them if you let them. So you let the patient tell you as much as possible and by now you are getting some idea of what might be wrong, but lots of things come into your head and you ask questions to see if what you are thinking fits with what the signs and symptoms the patient is telling you. If not, you cross off that in your head and then you move on to the next thing you might think the problem is, and so you ask more questions to see if that fits, and so you go on until you've got it right. You don't want to miss something that might be serious, so you have to go through various steps. You have to take a wide enough approach so that you consider all the possibilities and then discard some according to what they are telling you, so you're narrowing down. You listen to the history and at the same time you're thinking that it could be a particular problem, but some of the things they say don't seem to add up so you ask certain questions to confirm or reject your thinking. If someone comes in with a cough, I'm thinking 'could this be a lung cancer?' so you don't miss anything.

... as the patient walks in, you look at the overall picture.... you're looking at the non-verbals to see if that will give you a clue as to their problem. You listen and look at what and how they are saying what's wrong and sometimes I start having different hypotheses coming to mind... I sometimes even ask the patient what they think might be the problem and sometimes they're right. (S. 995)

Diese Situation zeigt, dass die Entstehung von Hypothesen bereits beim ersten Kontakt mit dem Patienten und während des Patientenanamnesegesprächs beginnt. Diese „verfrühten“ Hypothesen wirken sich auf die den Patienten gestellten Fragen aus. Je mehr Erfahrung der Pflegenden mitbringt, desto spezifischer, differenzierter und genauer sind die gestellten Fragen. Die Ergebnisse der medizinischen Untersuchungen und andere Informationen/Hinweise werden dann mit dem Kontext, Hintergrundwissen und Symptomen der Patienten verglichen und somit wird die angenommene Hypothese beibehalten oder verworfen. Diese führt wiederum zu einer Diagnosestellung und zu den weiteren Maßnahmen.

Dieser Prozess der Entscheidungsfindung wurde von den von Offredy, 1998, interviewten Pflegenden und durch ihre eigenen Beobachtungen bestätigt (siehe dazu Abbildung 3).

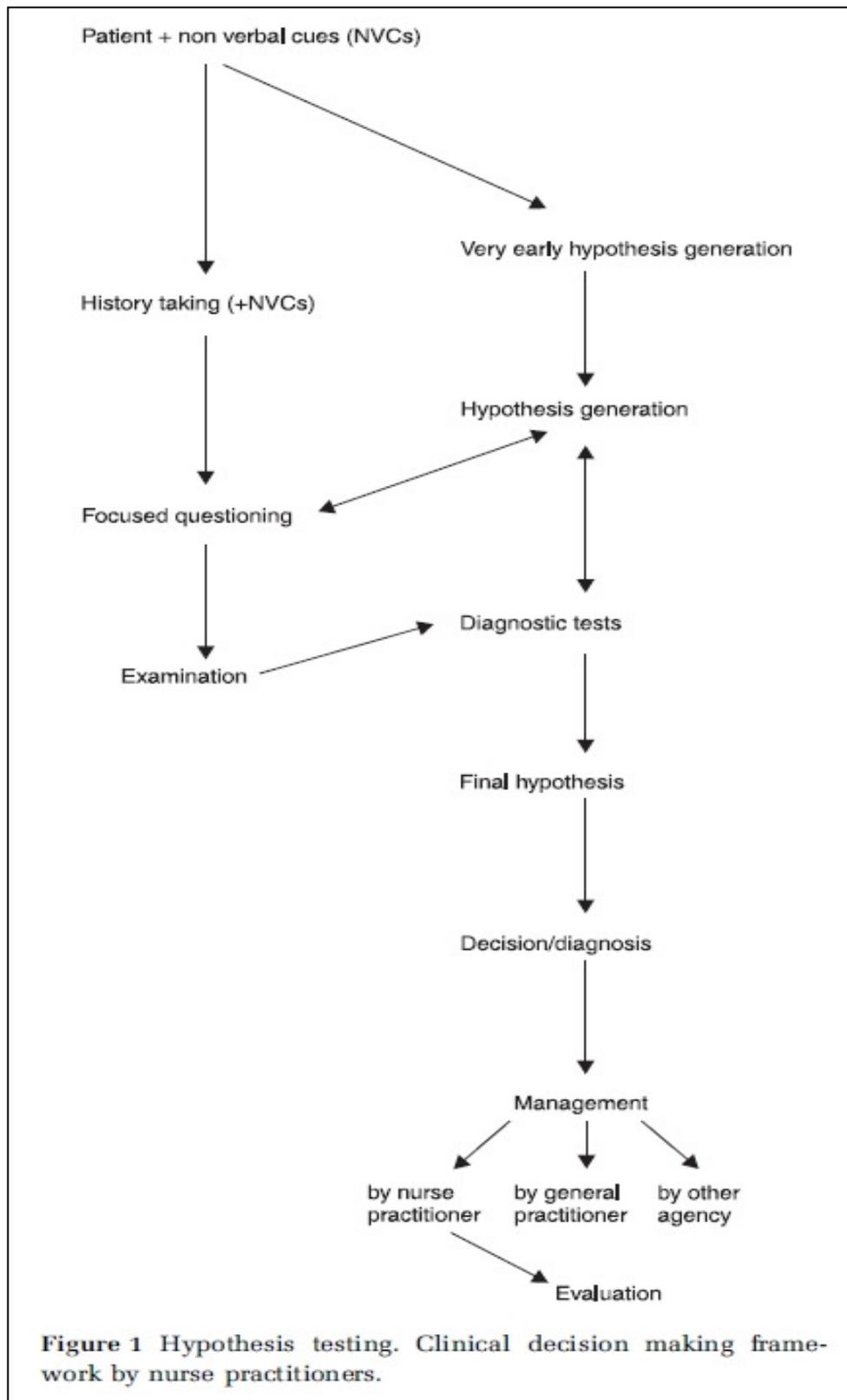


Abbildung 3: *Testung von Hypothesen bei der Entscheidungsfindung (Offredy, 1998, S. 996)*

2.2.4 „Intuition“

Die Intuition wurde speziell mit der Pflege in Zusammenhang gebracht und definiert als „*something that is based on an individual's opinion justified by the authority of their experience*“ (Offredy, 1998, S. 992).

Sie wurde auch als ein gutes Gefühl, Fingerspitzengefühl oder der sechste Sinn beschrieben (Cioffi, 1997, S. 203). Benner und Tanner (1987, S. 23) verstehen unter Intuition „*understanding without a rationale*“.

Intuition kann als Konglomerat aus Erfahrung in ähnlichen Situationen und Persönlichkeitseigenschaften beschrieben werden. Statt nach rationalen Gesichtspunkten zu handeln, finden Kompatibilitätstests statt, um eine Option auszuwählen. Jede Option wird mit Werten, Zielen und Annahmen verglichen und jene wird gewählt, die den Standards am ehesten entspricht (Kirchler, 2005, S. 545).

Aufgrund der Schwierigkeiten, die Intuition genauer zu beschreiben und sie rational zu erfassen, wurde ihre Legitimation in den Augen der Professionisten lange Zeit kritisiert und ihre Berechtigung nicht anerkannt. Heute weiß man, dass die Intuition eine Funktion der Erfahrung darstellt und dem Praktiker hilft, auf eine unbewusste, jedoch sinnvolle Art und Weise Informationen zu verarbeiten (Buckingham & Adams, 2000b; Cioffi, 1997; Harbison, 2001, McCutcheon & Pincombe, 2001).

McCutcheon und Pincombe (2001) fanden in ihrer Studie heraus, dass Intuition nicht etwas ist, was einfach „passiert“, sondern dass sie das Ergebnis einer komplexen Interaktion zwischen Erfahrung, Expertise und Wissen darstellt. Außerdem spielen dabei die Persönlichkeit (die quantitative und qualitative Fähigkeit zu intuitiver Wahrnehmung), das Umfeld (ob die Intuition gefördert oder unterdrückt wird), die Akzeptanz der Intuition als eine berechtigte Form von „Verhalten“ und die Präsenz oder Absenz der pflegerischen Beziehung (intuitive Wahrnehmung erfolgt auch ohne eine pflegerische Beziehung, wird jedoch dadurch gefördert) eine bedeutende Rolle. McCutcheon und Pincombe (2001) sprechen in diesem Zusammenhang von einer gegenseitigen Interdependenz dieser Faktoren und verwenden dabei den Begriff der „Synergie“ als Kernkategorie, die auf die Intuition direkt einwirkt (siehe dazu Abbildung 4).

Die somatischen Gefühle können, laut McCutcheon und Pincombe (2001), eine sekundäre Antwort der Synergie und der Querverbindungen der Intuition und ihrer Einflussfaktoren sein.

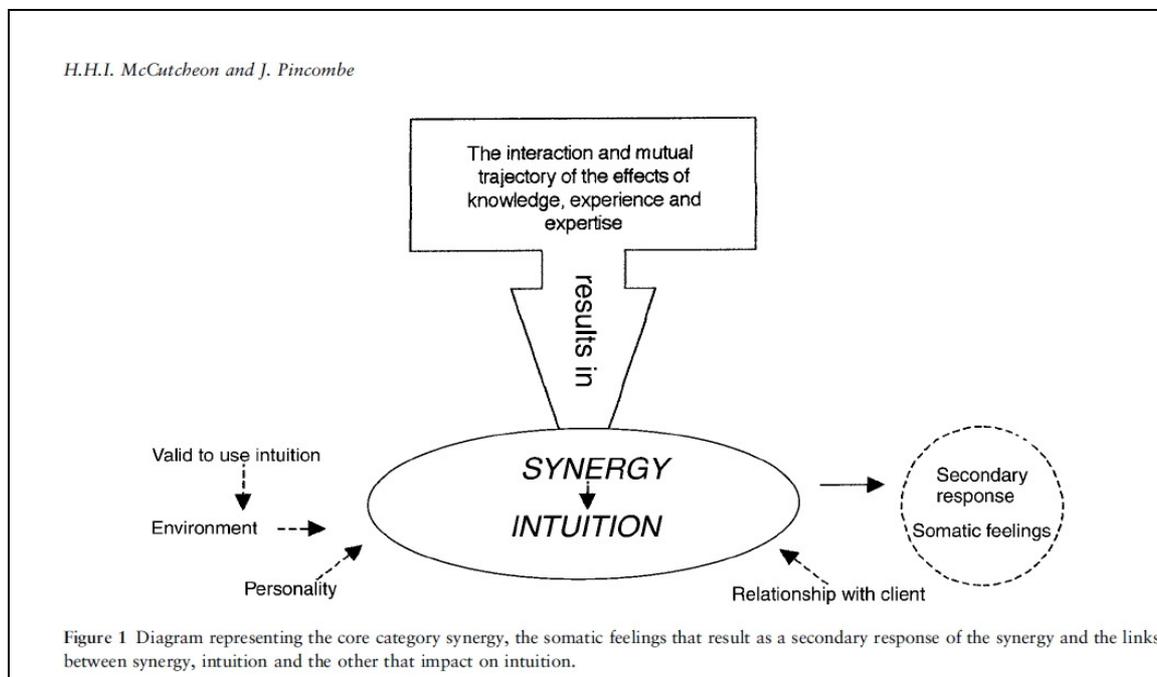


Abbildung 4 : Die Intuitionstheorie von McCutcheon und Pincombe (2001, S.346)

Offredy (1998) bringt in ihrer Studie einige Beispiele über die Intuition von Pflegenden in der täglichen Praxis:

You just have that feeling that there's something not quite right. You can just tell that something's going on, I really can't explain, but I just know.

I knew the child was ill, very ill, but I didn't know what was wrong. The doctor also knew the child was ill, but we just couldn't figure it out.

I took one look at him and I knew that he had a mass. I've been doing this job for a long time and I just knew he had carcinoma of the lungs. I just can't explain it, I knew it, and I was right. (S. 997)

Die intuitive Entscheidungsfindung findet ihre Bedeutung für die Pflege insbesondere im Hervorheben von Expertenwissen, welches durch relevante und langjährige Erfahrungen entwickelt wurde, so Offredy (1998).

Demzufolge verwenden Experten der Pflegepraxis, die über viel Erfahrungswissen verfügen, mehr die Intuition und „pattern recognition“ als Entscheidungsfindungsstrategie, während die unerfahrenen Pflegenden mehr die strukturierten Methoden der Hypothesenbildung bevorzugen (Evans, 2005).

Der wesentliche Unterschied zwischen „pattern recognition“ und „intuition“ besteht darin, dass die Intuition auf einem unbewussten Niveau erfolgt, während „pattern recognition“ sich auf ein bewusstes Niveau vollzieht (Offredy, 1998).

2.2.5 “Cognitive Continuum Theory in nursing decision-making”

Thompson (1999) sieht die zwei zentralen Haltungen der Entscheidungsfindungstheorien, einerseits die Systematisch-Positivistische (basierend auf einer analytisch/rationalen Kognition/Annäherungsweise, dazu gehört „hypothetico-deductiv reasoning“) und andererseits die Intuitiv-Humanistische (basierend auf einer intuitiven Kognition/Annäherungsweise, dazu gehört „intuition“) als die zwei Endpunkte eines Kontinuums der Entscheidungsfindung.

Für ein besseres Verstehen der kognitiven Kontinuumstheorie werden die verschiedenen Arten der Kognition etwas näher beleuchtet. Es wird zwischen drei Kognitionsarten unterschieden (Cader, Campbell & Watson, 2005):

- a) *Analytische* – als ein langsamer, bewusster, genauer und hoch kontrollierbarer Prozess der Datenverarbeitung (Hammond, 1988, zitiert nach Cader et al., 2005, S. 399)
- b) *Intuitive* – als ein schneller, unbewusster und niedrig kontrollierbarer Prozess der Datenverarbeitung (Hammond, 1988, zitiert nach Cader et al., 2005, S. 399)
- c) *Quasirationalität* – beinhaltet sowohl die Elemente und Eigenschaften der Analyse als auch diejenigen der Intuition und besetzt die zentrale Region des kognitiven Kontinuums (Hammond, 1996, zitiert nach, Cader et al., 2005, S. 399)

Thompson (1999) baut seine Überlegungen auf der Theorie von Hamm (1988, zitiert nach Thompson, 1999, S.1226) auf, der den Begriff des „kognitiven Kontinuums“ (aus der kognitiven Psychologie) in Relation zu der Entscheidungsfindung gestellt hat. Thompson (1999) übernimmt die Analyse von

Hamm, die ausschließlich auf der Medizin basiert, auf das Wirkungsfeld der Pflege. Dessen zu Folge beziehen die Praktiker ihre Kognition weder rein intuitiv noch rein analytisch, sondern ihre Kognition positioniert sich zwischen diesen zwei entgegengesetzten Polen eines Kontinuums (Hamm, 1988, zitiert nach Thompson, 1999, S. 1226).

Ob der Pflegende mehr intuitiv oder mehr rational entscheidet, hängt primär von der Position der zu lösenden Aufgabe auf das Kontinuum ab, die durch drei Dimensionen bestimmt wird (Hamm, 1988, zitiert nach Thompson, 1999, S. 1227):

- a) *Die Strukturkomplexität einer Aufgabe* - wird durch die Anzahl der vorhandenen Hinweise, ihrer Redundanz (Vielfalt) und der Art des Ordnungsprinzips (wie lassen sich die Informationen miteinander kombinieren) angegeben. Bei einer hohen Anzahl von Hinweisen und hoher Redundanz dieser bzw. bei einem einfachen Ordnungsprinzip wird wahrscheinlich eine intuitive Überlegung einer analytischen vorgezogen.
- b) *Klarheit über die Aufgabe* – wird durch das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein eines Ordnungsprinzips, der Vertrautheit mit der Aufgabe und der potentiellen Richtigkeit der Einschätzung dieser angegeben. Bei Vorhandensein eines Ordnungsprinzips, Vertrautheit mit der Aufgabe und der Möglichkeit einer genauen Einschätzung (Vorhandensein von Einschätzungsinstrumenten z.B.) wird eine analytische Annäherung einer intuitiven vorgezogen.
- c) *Die Form wie sich die Aufgabe präsentiert* – wird durch die Möglichkeit der Aufgabenspaltung, der Art wie die Informationen präsentiert werden und der Verfügbarkeit der Zeit bestimmt. Wenn die Aufgabe nicht zerlegt werden kann, wenn visuelle Informationen (statt objektive, quantifizierbare) vorliegen und nur wenig Zeit zur Verfügung gestellt wird, wird eine intuitive Überlegung einer analytischen vorgezogen.

Ob mehr intuitiv oder analytisch entschieden wird, hängt ebenfalls, laut Cader et al. (2005), von einer weiteren Eigenschaft der zu lösenden Aufgabe ab, und zwar ob die Aufgabe gut oder schlecht strukturiert ist (gemeint ist hier inwiefern eine Aufgabe sich unterteilen lässt oder nicht, wie viel Zeit ihre Lösung erfordert und wie sicher können die Ergebnisse antizipiert werden). Gut strukturierte Aufgaben

induzieren ein analytisches Denken, schlecht strukturierte Aufgaben hingegen ein intuitives (Cader et al., 2005).

Zentral für die kognitive Kontinuumstheorie sind ebenfalls die verschiedenen Methoden für die erkenntnistheoretische Absicherung der Entscheidungsfindung. Diese verschiedenen Methoden stellen unterschiedliche Ansprüche an das menschliche Urteilsvermögen (Cader et al., 2005).

Hammond (1996, zitiert nach Cader et al., 2005, S. 400) hat sechs verschiedene erkenntnisgenerierende Methoden identifiziert:

- a) *Methode 1: „scientific experiment“* - repräsentiert die rein analytische Kognition in Form von wissenschaftlichen Experimenten als Basis der Entscheidungsfindung
- b) *Methode 2: „controlled trial“* - basierend auf statistischer Schlussfolgerung in Form von „control-group experiments“, scheint etwas weniger analytisch als Methode 1 zu sein
- c) *Methode 3: „quasi experiment“* – ist die schwächste Form der ersten drei analytischen Methoden und beinhaltet die Quasiexperimente
- d) *Methode 4: „system aided judgement“* – ist System geförderte Urteilsbildung entsprechend der „Gedankenexperimente“ und ist weniger analytisch als Methode 3
- e) *Methode 5: „peer aided judgement“* – die Entscheidungsfindung basiert auf Expertenwissen und ist weniger intuitiv als Methode 6
- f) *Methode 6: „intuitive judgement“* – basiert ausschließlich auf intuitiver Urteilsbildung

Die Abbildung 5 stellt die „cognitiv continuum theory“ graphisch dar und bringt die unterschiedlichen Variablen der Theorie, die oben erläutert wurden, in den gemeinsamen Kontext der Entscheidungsfindung zusammen.

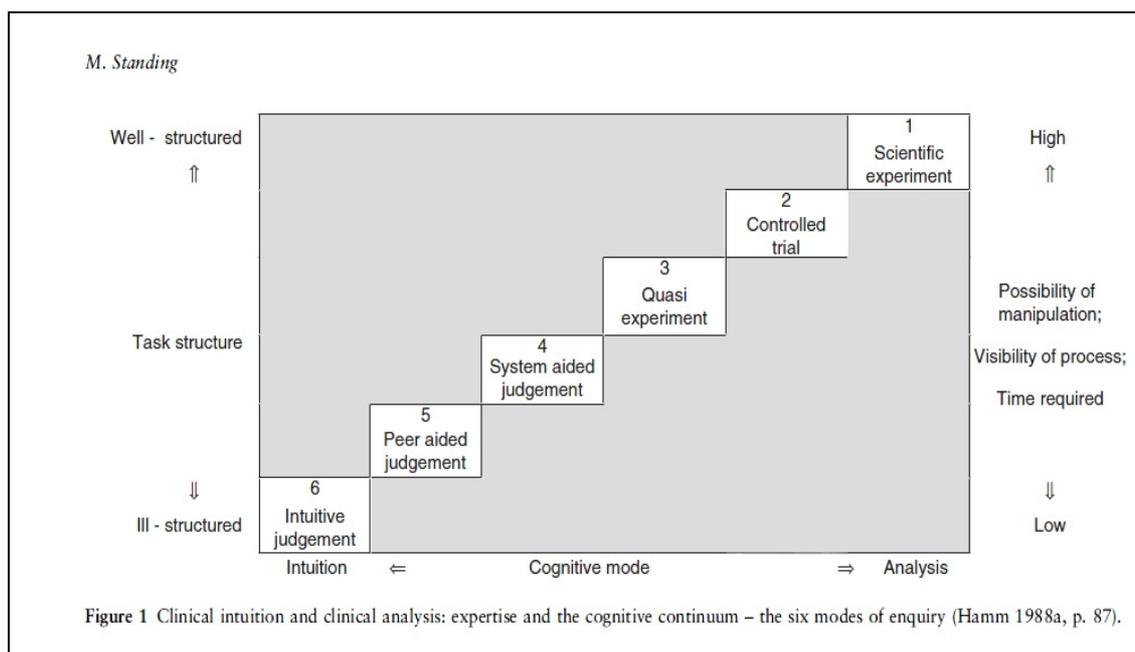


Abbildung 5: Die kognitive Kontinuumstheorie von Hamm (1988, zitiert nach Standing, 2008, S. 128)

Damit die kognitive Kontinuumstheorie besser für den Bereich der Pflege angewendet werden kann, hat Standing (2008) eine Überarbeitung und Adaptierung dieser Theorie an die Bedürfnisse der Pflegepraxis mit folgenden Ergänzungen vorgenommen:

- a) Bei der Struktur der Aufgabe wurde aus besseren Verständigungsgründen, „gut“ mit „hoch“ und „schlecht“ mit „niedrig“ ersetzt
- b) Hammond`s sechs erkenntnisgenerierende Methoden wurden auf neun Methoden der Praxis erweitert, die aber nicht nummeriert wurden, um die Flexibilität der Kognition auf das Kontinuum zu betonen:
 - „intuitiv judgement“ – spiegelt sich in der Empathie und Kommunikation mit dem Patienten
 - „reflective judgement“ – professionelle Praxis impliziert die Reflexion während und nach gesetzten Handlungen
 - „patient/peer aided judgement“ – indiziert die Patientenpräferenzen und -beteiligung bei der Entscheidungsfindung, multidisziplinäre, patientenzentrierte zusammenarbeitende Pflegegruppen mit unterschiedlichem Erfahrungs- und Expertiseniveau

- „system aided judgement“ – beinhaltet z. B. genaue Einschätzungsinstrumente, klinische Standards, computergestützte Entscheidungsfindungsanalysen
 - „critical review of experiential and research evidence“ - verlangt von den Pflegenden kritisches Denken, Aufdecken von Wissensdefiziten, Probleme zu identifizieren und den Zugang, die Evaluation und das Einbringen relevanter wissenschaftlicher Befunde in die Praxis
 - „action research and clinical audit“ – zur Implementierung und Evaluation von Veränderungen in der Pflege und im Gesundheitswesen
 - „qualitativ research“ – als wichtige Methode der Wissenschaft
 - „survey research“ – wichtig für die Gesundheitspolitik
 - „experimental research“ – inkludiert sowohl die Quasiexperimente als auch die „controlled trial“ und „scientific experiment“
- c) die neun Praxismethoden sind mit den Kriterien der Korrespondenz und Kohärenz (für Evaluation der Entscheidungsfindungsprozesse und – ergebnisse), der Wissensquellen („tacit knowledge“ – unbewusst entwickeltes Wissen durch Erfahrung und durch verinnerlichte Interpretation von Routinen; „explizit knowledge“ - theoretisches und wissenschaftliches Wissen) und ethische/professionelle Verhaltensregeln in Zusammenhang gebracht (siehe dazu Abbildung 6).

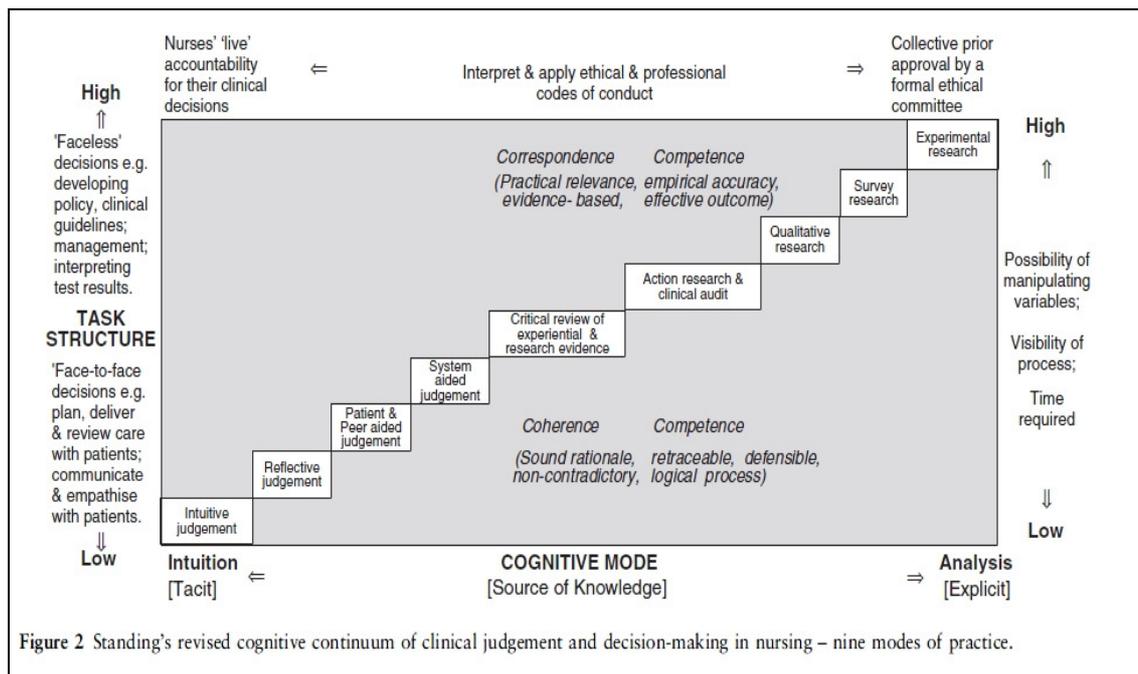


Abbildung 6: Standing's kognitive Kontinuumstheorie (2008, S. 130)

Die Bedeutung dieser Theorie liegt in ihrem holistischen Charakter. Demzufolge geht die Kognitive Kontinuumstheorie von der „kalten“ Rationalität als einzig richtigen Weg des Informationsverarbeitungsprozesses weg und untermauert die Erkenntnis, dass professionelle und qualitative Entscheidungsfindung sowohl die Methode der Intuition als auch die der Analyse zu bedienen hat (Cader et al., 2005).

Die Verwendung dieser Theorie in der Pflege trägt zu einer besseren Absicherung, einem besseren Verständnis und einer besseren Begründung und Transparenz von Entscheidungsfindungsprozessen in der Praxis bei (Cader et al., 2005) und sollte, laut Cader et al. (2005), auch in das Curriculum der Pflegeausbildung aufgenommen werden.

3 Einflussfaktoren der Entscheidungsfindung

Nach Bakalis (2006) gibt es sechs Einflussfaktoren, die in der Literatur identifiziert wurden und die in der pflegerischen Entscheidungsfindung eine wichtige Rolle spielen: *das Wissen, die Erfahrung, evidence-based practice (EBP), den psychologischen Stress, die Beziehung zwischen Pflegenden und Arzt und die Rolle der Pflegenden.*

Diese einzelnen Faktoren stehen in der Situation der Entscheidungsfindung in einer kontinuierlichen Wechselwirkung zueinander. Das Wissen und die Erfahrung sind im Konzept von evidence-based-practice inkludiert und beeinflussen dadurch ihre Anwendung in der Praxis. Der psychologische Stress entsteht aus der Diskrepanz zwischen dem Ist der Pflegerealität und dem Soll des Pflegeideals. Dabei spielen die Beziehung zwischen Pflegenden und Arzt, die Rolle der Pflegenden in dieser Beziehung und im Allgemeinen, aber auch das pflegerische Wissen und Können eine bedeutende Rolle.

Die meisten wissenschaftlichen Untersuchungen hinsichtlich dieser Einflussfaktoren wurden in der Akutpflege („critical care setting“) durchgeführt. Das Wissen und die Erfahrung sind davon die zwei wichtigsten Einflussgrößen in der Entscheidungsfindung (Bucknall & Thomas, 1997; Caputo & Mior, 1998, Bakalis, 2006).

Auch das vorherige Kapitel zeigt, dass die Entscheidungsfindungsstrategien der Pflegenden mit ihrer Erfahrung und ihrem Wissen in Zusammenhang stehen.

3.1 Das Wissen

Die Beziehung zwischen Wissen und klinischer Entscheidungsfindung scheint noch nicht vollkommen geklärt zu sein (Bakalis, 2006). Weitere Untersuchungen sind auf diesem Gebiet erforderlich, um den Zusammenhang dieser zwei Variablen genauer beschreiben zu können. Ebenfalls noch wenig ist darüber bekannt, welche Wissensquellen Pflegende verwenden, wenn sie Entscheidungen in der Praxis treffen müssen (Bakalis, 2006). Das Kapitel 4, der Teil I dieser Arbeit, soll über einige Ergebnisse bisheriger Studien berichten und den aktuellen Wissensstand dieses Sachverhalts klären. Der empirischen Teil (II), soll in weiterem die Ergebnisse über die Präferenzen dieser pflegerischen

Wissensquellen in der Praxis der vorliegenden Studie präsentieren und kommentieren.

Bucknall und Thomas (1997) haben in ihrer Studie gezeigt, dass 95% der Pflegenden in der Akutpflege Probleme beim Treffen von Entscheidungen aufgrund von Wissensmangel haben. Viele Pflegende haben diesbezüglich über ihre Schwierigkeiten berichtet, sich durch den immer verändernden und wachsenden Wissensbestand in der Pflege und der Entwicklung pflegerischer Technologien am Laufenden halten zu können. Entscheidungen müssen oft schnell getroffen werden und es steht zu wenig Zeit zur Verfügung, damit der persönliche Wissensstand erweitert bzw. vervollständigt werden kann (Bucknall & Thomas, 1997).

Moule und Knight (1997) behaupten, dass nur eine gut fundierte und erweiterte Wissensbasis eine effektive Entscheidungsfindung ermöglichen kann. Demzufolge sind nur wissende Pflegende auch effektive Entscheidungsfinder (Bakalis, 2006).

Die Ausbildung der Pflegenden sollte ebenfalls diese Erkenntnis berücksichtigen (Bakalis, 2006) und den Auszubildenden die Fähigkeiten und das Wissen vermitteln, die sie brauchen, um effektive Entscheidungsfinder zu werden (Fox, 2003). In diesem Zusammenhang spielt die Akademisierung der Pflege eine bedeutende Rolle. Es ist jedoch schwierig Pflege zu unterrichten, während die Profession der Pflege laufend neu definiert wird. Die Veränderungen sollen die Entwicklung des kritischen Denkens, des Managements, der Führungs- und Forschungsfähigkeiten, des Umgangs mit neuen Technologien und der Entwicklung von Entscheidungsfindungsprozessen, die in ethische und rechtliche Rahmenbedingungen eingebettet werden, betreffen (Bakalis, 2006).

3.2 Die Erfahrung

Die essentielle Rolle der klinischen Erfahrung in der Entscheidungsfindung, wurde bereits von Benner und Tanner (1987) aufgezeigt. Benner zeigte in ihrer Arbeit über die Stufen zur Pflegekompetenz (1994), dass das Erfahrungsniveau der Pflegenden sich wesentlich auf ihren Entscheidungsfindungsprozess auswirkt. Benner (1994) unterscheidet zwischen *fünf Stufen der Pflegekompetenz*:

- a) *Stufe 1, der Neuling* („*novice*“) - verfügt über keine Erfahrungen mit den Situationen, die er zu bewältigen hat. Er ist deshalb auf Regeln

- angewiesen, an denen er sein Verhalten ausrichten muss, weiß jedoch nicht, welche Aufgaben in einer realen Situation die dringlichsten sind.
- b) *Stufe 2, der fortgeschrittenen Anfänger („advanced beginner“)* – hat bereits so viele Situationen bewältigt, dass er sich der wiederkehrenden bedeutungsvollen situativen Bestandteile (Aspekte) bewusst werden konnte. Er braucht noch Unterstützung beim Setzen von Prioritäten und dem Erkennen von Wesentlichen in komplexen Situationen.
 - c) *Stufe 3, der kompetente Pflegende („competent“)* – ist etwa zwei bis drei Jahre im gleichen oder in einem ähnlichen Berufsfeld tätig und kann seine Arbeit planen, zwischen wesentlichen und unwesentlichen Aspekten einer Situation unterscheiden und ist sich über die langfristigen Ziele seiner Handlungen und ihrer Bedeutung bewusst. Es fehlt ihm noch an Schnelligkeit und Flexibilität, er hat aber das Gefühl, sich seiner Aufgaben bewusst zu sein und mit allen möglichen Anforderungen des Berufes fertig zu werden.
 - d) *Stufe 4, der erfahrene Pflegende („proficient“)* – nimmt eine Situation als Ganzes und nicht mehr in ihren einzelnen Aspekten wahr. Situationen werden nicht „durchdacht“, sondern auf der Grundlage früherer Erfahrungen spontan begriffen und wahrgenommen. Dies ermöglicht schneller und leichter Entscheidungen zu treffen. Der Kern des Problems kann direkt erfasst werden.
 - e) *Stufe 5, der Pflegeexperte („expert“)* – ist nicht mehr auf analytische Prinzipien angewiesen, um aus seinem Verständnis der Situation eine angemessene Handlung abzuleiten. Der große Erfahrungsschatz des Pflegeexperten ermöglicht, schnell und effektiv jede Situation intuitiv zu erfassen.

Gobet und Chassy (2008) haben eine Alternative zu Benner's Theory der Intuition in die wissenschaftliche Diskussion gebracht. Ihr Ziel war die Intuition der Experten nicht nur zu beschreiben, sondern zu erklären, um es besser analysieren zu können. Ihre „template theory“ („TempT“) basiert auf der zentralen Annahme, dass Experten wie auch Novizen über die gleichen kognitiven Limitationen verfügen und somit auch die gleichen Entscheidungsfindungsstrategien anwenden. Damit ein Novize zum Experten wird, muss dieser eine Reihe von

Wahrnehmungshinweisen erlernen und ihre kognitive Repräsentation im Langzeitgedächtnis speichern.

Gobet und Chassy (2008) unterstützen die Idee, dass die Intuition durch eine schnelle und ganzheitliche Wahrnehmung einer Situation und eine daraus unbewusst erfolgte Handlung unter emotioneller Beteiligung gekennzeichnet ist. Sie vertreten im weiteren die Theorie, dass das Wissen das ist, was es den Experten ermöglicht, den Kern einer Situation schneller zu erkennen. Dieses Wissen (welches von den Experten unbewusst eingesetzt wird) besteht nicht nur aus theoretischem Wissen, sondern auch aus praktischem Wissen, das durch die direkte Interaktion mit dem Patienten, durch das automatische Erlernen von kontextbedingten Hinweisen während ihrer alltäglichen Arbeit, entstanden ist. Novizen hingegen sind auf langsamere und fehleranfällige Heuristiken angewiesen als Experten, weil das Erlernen von spezifischen Wahrnehmungsfähigkeiten (wie die Experten es aufweisen) eine Vielfalt an praktischen Beispielen und viel Zeit benötigt (Gobet & Chassy, 2008).

Ein großer Unterschied zu der Benner's Theory besteht, laut Gobet und Chassy (2008), darin, dass die TempT eine enge Querverbindung zwischen bewusster Entscheidungsfindung (in Form von Entscheidungsanalyse) und der intuitiven Natur der Entscheidungsfindung (ermöglicht durch „pattern recognition“) der Experten annimmt. Daraus ergibt sich, dass die Entscheidungsfindung der Experten nicht rein intuitiver Natur ist. Diese ermöglicht jedoch eine rasche, unbewusste Auswahl von Alternativen (Gobet & Chassy, 2008, Moore, 1996). Die TempT eröffnet dadurch neue Möglichkeiten im Lehren und Lernen von Expertise (Gobet & Chassy, 2008).

Neuere Untersuchungen sollen jedoch die Beziehung zwischen Erfahrung und Entscheidungsfindung noch genauer aufklären, so Bakalis (2006).

3.3 Evidence-based practice (EBP)

Nach Evidence-based practice, im Sinne der Evidence-based Nursing, soll die Entscheidungsfindung der Pflegenden auf die beste verfügbare „evidence“ (im Sinne von Wissen) basieren (Bakalis, 2006). Das bedeutet einerseits, dass verschiedene Wissensquellen (Forschung, klinische Expertise, Patientenerfahrungen/-präferenzen und lokale Daten/Ressourcen) bei der Entscheidungsfindung zu berücksichtigen sind (diese werden in Kapitel 4, Teil I,

näher beschrieben) und andererseits, dass es von den Einschätzungs- und Interpretationsfähigkeiten der Pflegenden abhängt (hier spielt die Bildung und die Erfahrung der Pflegenden eine zentrale Rolle), wie effektiv diese „evidence“ eingesetzt wird.

Es gibt eine Reihe von Studien (siehe dazu Kapitel 3.5, Teil II), inklusive die vorliegende, die zeigen, dass einerseits Defizite in der Verwendung von wissenschaftlichen Wissensquellen in der Praxis vorliegen und andererseits, dass die lokalen Daten, in Form von Standards und systematisch erhobenen Daten, häufig und gerne in die klinische Entscheidungsfindung miteinbezogen werden.

Demzufolge scheinen die Entwicklung und der Einsatz von Standards in der Praxis, auch Bakalis (2006) unterstreicht diese Idee, die evidence-based practice zu ermutigen und zu unterstützen, vorausgesetzt sie sind wissenschaftlich begründet und werden laufend aktualisiert. Pflegerische Standards können somit als eine effiziente Möglichkeit gesehen werden, um Forschungswissen in die Praxis zu transportieren (Duff, Kitson, Seers & Humphris, 1996).

Der Mangel an Zeit, an Ressourcen, an Autorität Veränderungen in der Praxis herbeizuführen, an wissenschaftlichem Verständnis und Fähigkeit, am Zugang zu wissenschaftlichen Wissensquellen und an organisatorischer Unterstützung/Ermutigung machen die Nutzung der Forschung in der Entscheidungsfindung und somit die Implementierung dieses Wissens in der Pflegepraxis schwierig (siehe dazu Kapitel 3.7, Teil II).

3.4 Der psychologische Stress

Der psychologische Stress tritt während der Entscheidungsfindungsprozesse auf (Bucknall & Thomas, 1997). Stress entsteht dann, wenn Pflegende versuchen ihre Pflegeideale mit der Realität der Pflegepraxis abzustimmen (Walsh & Shawn, 2000). Kardiologische Bereiche werden als besonders stressige Arbeitsumfelder beschrieben, aufgrund der Pflege- und Krankheitskomplexität der hier zu betreuenden Patienten einerseits und aufgrund des hohen Einsatzes von medizinischen Technologien andererseits (Duff et al., 1996).

Die Pflegenden, die auf einer kardiologischen Abteilung arbeiten, müssen viele Entscheidungen binnen kürzester Zeit treffen und häufig stehen ihnen nur wenige Informationen dazu zur Verfügung. Diese Entscheidungen können eine tief

greifende Wirkung auf die Überlebenschance der Patienten haben und deshalb, sind den Pflegenden die ernsthaften Auswirkungen ihrer Entscheidungsfehler sehr wohl bewusst (Bakalis, 2006).

Baumann und Bourbonnais (1986, zitiert nach Bakalis, 2006, S. 43) haben gezeigt, dass Stress ein wichtiger Faktor in der schnellen Entscheidungsfindung ist, indem er die Qualität dieser senkt. Die Qualität der Entscheidung wurde hier in der Fehlerrate gemessen.

Menschliche Fehler sind in der klinischen Praxis wohl bekannt, aber sie sind bisher nur wenig erfasst und untersucht worden (Meurier, 2000). Demzufolge ist derzeit noch wenig über die Arten, Ursachen und Konsequenzen von pflegerischen Irrtümern in der Praxis bekannt. Diese Tatsache limitiert somit das Potential aus den Fehlern zu lernen und hindert den Fortschritt der Qualität und der Absicherung pflegerischen Tuns (Meurier, 2000).

Auch Bucknall und Thomas (1997) haben gezeigt, dass Stress im Arbeitsumfeld die Qualität der Entscheidungen reduziert. Die meisten Stressoren, die hier genannt wurden, sind: Zeitzwang (viele, schnelle Entscheidungen in kritischen Patientensituationen, keine Zeit zum Informieren, diskutieren oder beraten), fehlendes oder unzureichendes Wissen über neue, sich ständig verändernde medizinische Technologien bei gleichzeitiger Zunahme ihres Einsatzes in der pflegerischen Tätigkeit, konfliktreiche Arbeitsbeziehungen mit Ärzten und Unzufriedenheit über ärztliche Patientenbetreuung und –behandlung, aber auch die mangelnde Autonomie in der pflegerischen Entscheidungsfindung.

3.5 Die Beziehung zwischen Pflegenden und Arzt

Die Qualität der Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Ärzten in den Entscheidungsfindungsprozessen trägt wesentlich zur Qualität der klinischer Entscheidungen und der Patientenbetreuung bei (Baggs, Schmitt, Mushlin, Eldredge, Oakes & Hutson, 1997, Tschannend & Kalisch, 2009, Chang, Ma, Chiu, Link & Lee, 2009).

Die gegenseitige Unterstützung zwischen Pflegenden und Ärzten scheint bei der Entscheidungsfindung der Pflegenden eine wichtigere Rolle zu spielen als bei den Ärzten (Baggs et al., 1997). Dies könnte dadurch erklärt werden, dass Pflegende und Ärzte unterschiedliche Auffassungen hinsichtlich ihrer Zusammenarbeit haben. Pflegende sehen die Zusammenarbeit als ein interdisziplinäres Arbeitsteam

an (alle Mitglieder sind gleichberechtigt, die Führung übernimmt das Mitglied mit dem meisten Wissen über das Problem), während sich die Ärzte in erster Linie, als primäre Entscheidungsträger sehen. Deshalb glauben sie, die Kooperation mit den Anderen in der klinischen Entscheidungsfindung nicht unbedingt zu benötigen (Baggs et al., 1997).

Die konflikthafte Beziehung zwischen Pflegenden und Ärzten wird von den Pflegenden teilweise durch die größere Distanz der Ärzte zu den Patienten und somit die unterschiedliche Rolle des Arztes in der Betreuung dieser begründet (Bucknall & Thomas, 1997).

Diese Erkenntnisse zeigen, dass die Bemühungen für eine gute Zusammenarbeit, besseres gegenseitiges Verständnis, Wertschätzung und Akzeptanz als gleichberechtigte professionelle Partner in der Betreuung von Patienten ein wichtiges Ziel in der qualitativen Betreuung von Patienten darstellen muss. Es bedarf an Strategien für die Entwicklung der Kollaboration zwischen Pflegenden und Ärzten und es obliegt dem Management diese Bemühungen zu unterstützen (Tschannen & Kalisch, 2009, Chang et al., 2009).

3.6 Die Rolle der Pflegenden

In einer Zeit, wo die Pflege als Disziplin sich laufend neu definieren muss, befindet sich auch die Rolle der Pflegenden in einem ständigen Weiterentwicklungs- und Veränderungsprozess.

Burton (2000) identifiziert in seiner qualitativen Untersuchung drei zentrale Rollen der Pflegenden: der Pflegende *als Anbieter von Pflege* (Unterstützung des Patienten bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, Durchführung von Aktivitäten/Therapien, die von andere Berufsgruppen wie Ärzten, Physiotherapeuten usw. angeordnet werden und prophylaktische Arbeit/Beratung (Edukation) mit den Patienten), der Pflegende *als Unterstützer in dem Prozess der Patientengenesung* (psychosoziale Unterstützung) und der Pflegende *als Pflegemanager des Patienten* (interdisziplinäre Pflege, Angehörigenbetreuung, Pflegeorganisation außerhalb des Krankenhauses).

Die Pflegenden haben also eine multidimensionale Rolle zu erfüllen. Damit diese Rolle in einem Arbeitsumfeld, das unruhig ist und manchmal auch Notfälle produziert, erfüllt werden kann, müssen die Pflegenden über erweitertes pflegerisches und medizinisches Wissen, über gute Kenntnisse in der Verwendung

von medizinisch-technischen Ausrüstungen und großes Einfühlungsvermögen verfügen, damit Patientenbedürfnisse entsprechend wahrgenommen und interpretiert werden können. (Bakalis, 2006).

Die Literatur indiziert, dass die Rolle der Pflegenden die klinische Entscheidungsfindung wesentlich beeinflusst (Bucknall and Thomas, 1995). Bowler und Mallik (1998) fanden heraus, dass erfahrene Pflegende sich als unabhängige und autonome Praktiker im Entscheidungsfindungsprozess wahrnehmen.

Es scheint jedoch, so Bakalis (2006), dass, obwohl Pflegende ein hohes Maß an Autonomie besitzen, es ihnen an einer konkreten Rolle als klinischer Entscheidungsfinder mangelt. Diese Verwirrung entsteht durch die Diskrepanz zwischen dem, was Pflegende als Autonomie wahrnehmen und dem, was tatsächlich in der Praxis passiert. Wenn Pflegende in der Praxis Entscheidungen treffen, dann sind sie für diese Entscheidungen verantwortlich, und zwar dann (Vaughan, 1989, zitiert nach Bakalis, 2006, S. 44), wenn sie über personelle und strukturelle Autonomie verfügen. Personelle Autonomie ist die Expertise, das Wissen und die Fähigkeit entsprechend dem definierten Arbeitsbereich. Im Gegensatz dazu ist die strukturelle Autonomie die Handlungsfreiheit und die Autorität, die eine Organisation einem Individuum zur Verfügung stellt (Vaughan, 1989, zitiert nach Bakalis, 2006, S. 44).

Berufliche Autonomie wird als Kennzeichen einer Profession erfasst. Wenn Pflegende sich als autonome Praktiker wahrnehmen, dann sehen sie diese Autonomie als Basis für die klinische Entscheidungsfindung (Bakalis, 2006). Die strukturelle Autonomie ist jedoch bürokratisch veranlagt, so dass Ärzte traditionell eine dominante Rolle gegenüber Pflegenden ausüben (Scott, Välimäki, Leino-Kilpi, Dassen, Gasull, Lemonidou & Arndt, 2003). Dies führt zu einem Konflikt zwischen personeller und struktureller Autonomie. Während die personelle Autonomie der Loyalität zur Profession, der Einhaltung von hohen Standards und der Verantwortung über die Patienten unterliegt, verpflichtet sich die strukturelle Autonomie der Einhaltung von Regeln und Anordnungen der Institution (Bakalis, 2006).

4 Arten und Quellen von Wissen in der Praxis

Die klinische Entscheidungsfindung involviert die Verwendung von mehreren Arten und Quellen von Wissen, die je nach Kontext in unterschiedlichem Maß eingesetzt werden. Wie das vorherige Kapitel gezeigt hat, spielen das Wissen und die Erfahrung (in Form von Erfahrungswissen) eine zentrale Rolle im Prozess der Entscheidungsfindung. Deshalb ist es bedeutend, die verschiedenen Wissensquellen und -arten in der Praxis zu kennen, um dadurch ein besseres Verständnis für die pflegerische Entscheidungsfindung zu entwickeln.

Mayer (2007) unterscheidet grundsätzlich zwischen *strukturierten* und *unstrukturierten* Wissensquellen, wobei diese Einteilung nicht als hierarchisch zu verstehen ist. Die strukturierten Wissensquellen sind an festgelegte Regeln über Methode und Vorgehensweise gebunden und folgen einer bestimmten Logik des Denkens. Logisches Denken und wissenschaftliches Erforschen gehören dazu. Das logische Denken/Schlussfolgern ermöglicht, verschiedene Phänomene korrekt zu durchdenken, zu beurteilen und dieses Verständnis zur Grundlage für gezieltes Handeln zu machen (Mayer, 2007). Es ist aber auch, so Mayer (2007), die Grundlage für Wissenschaft und Forschung und kann über zwei Wege erfolgen:

- *Deduktion* – bedeutet schließen vom Allgemeinen (Theorie) auf das Besondere (Einzeltatsache) und,
- *Induktion* – bedeutet schließen vom Besonderen (Einzeltatsache) auf das Allgemeine (Theorie).

Das wissenschaftliche Erforschen basiert auf logischem Denken und bietet die Möglichkeit, Ahnungen, Vermutungen, Gewohnheiten, Aussagen von Autoritäten und sogar logische Schlussfolgerungen systematisch zu überprüfen oder zu widerlegen (Mayer, 2007). Es ist die am besten entwickelte und die verlässlichste Methode der Wissensaneignung, so Mayer (2007).

Andere Wissensquellen sind weniger strukturiert und haben keine festgelegten Regeln. Zu dieser Art von Wissensquellen zählen Intuition, Erfahrung, Versuch und Irrtum, Tradition und Autorität (Mayer, 2007).

Über die *Intuition* und die Erfahrung wurde bereits in den Kapiteln 2.2.4 und 3.2, in Teil I, berichtet. Demzufolge ist die Intuition eine wichtige und schnell abrufbare Wissensquelle in der Pflegepraxis. Sie steht jedoch nicht nach Belieben

zur Verfügung, kann nicht gelehrt werden und ermöglicht keine systematische Vermehrung des Pflegewissens (Mayer, 2007, S. 15).

Die *Erfahrung* ermöglicht es, von einem Problem auf ein anderes zu schließen und es auf diese Weise zu lösen. Erfahrungswissen ist jedoch immer subjektiv und individuell, wird unsystematisch gewonnen und oft nicht auf seine Richtigkeit überprüft. Diese Begrenztheit des Erfahrungswissens macht seine allgemeine Gültigkeit unmöglich. Aus diesem Grund kann Erfahrung nur eingeschränkt als Basis für pflegerisches Wissen und Verständnis gelten (Mayer, 2007).

Die Methode von *Versuch* und *Irrtum* (als der Erfahrung nahe verwandte Wissensquelle) ist keine für die Praxis geeignete Methode, da sie zeitaufwendig ist und den Patienten Schaden zufügen kann (Mayer, 2007, S. 16).

Unter *tradiertem Wissen* versteht man Erkenntnisse, die von Generation zu Generation weitergegeben werden. Sie werden für richtig deklariert, weil sie schon lange existieren. In der Praxis werden sie in Form von Ritualen (bieten Struktur im beruflichen Alltag) eingebaut und auf diese Weise weitergegeben (Mayer, 2007, S. 16).

Tradiertes Wissen und Expertenwissen (Experten des Faches als Autoritäten) sind durchaus wertvolle und im Alltag oft hilfreiche Wissensquellen. Da jedoch auch sie nicht immer verlässlich sind, ist ein kritischer Umgang mit ihnen angebracht, so Mayer (2007).

Pflegerisches Handeln baut also auf vielfältigen Wissensquellen auf, die den Pflegenden zum Teil bewusst sind, zum Teil aber unbewusst ihr Tun leiten. Mayer (2007) stellt das pflegerische Handeln als ein Zusammenspiel von verschiedenen Wissensbereichen dar: Intuition (als die „Kunst der Pflege“), persönliches Wissen (in Form der Erfahrung), empirisches Wissen (der wissenschaftliche, abgesicherte Bereich), Ethik (die moralische Komponente der Pflege) und das Wissen aus anderen Bereichen wie etwa Medizin, Psychologie oder Pädagogik. Jeder dieser Wissensbereiche ist bedeutsam und unentbehrlich für die Pflegepraxis. Pflege versteht sich als Wissenschaft und Kunst und besteht in der kreativen Nutzung des wissenschaftlichen, systematischen Wissens, so Mayer (2007, S. 32).

Rycroft-Malone, Seers, Titchen, Harvey, Kitson und McCormack (2004) sehen das Wissen als grundlegend in der Entscheidungsfindung und –argumentation und somit auch zentral für die professionelle Praxis. Sie kategorisieren das Wissen grob in zwei Arten:

- „*propositional or codified knowledge*“ – eine formelle, explizite, aus Forschung und Wissenschaft stammende Wissensart, die verallgemeinerbar ist und,
- „*non-propositional or personal knowledge*“ – eine informelle, implizite und primär aus der Praxis stammende Wissensart, die nicht generalisierbar ist. Als Teil der professionellen „Kunsthfertigkeit“ (auch „*tacit knowledge of professionals*“ bezeichnet) und des persönlichen Wissens, ist diese Art von Wissen an der Lebenserfahrung und den kognitiven Ressourcen, welche ein Person im Stande ist in einer zu bewältigenden Situation zu aktivieren, gekoppelt. Diese Art von Wissen kann potentiell zu einem „*propositional knowledge*“ werden, wenn dieses Wissen von Praktikern kritisch hinterfragt, diskutiert, widerlegt bzw. verifiziert wird.

In Zusammenhang mit der evidence-based practice und der personenzentrierten Pflege benötigen Praktiker die Verwendung und die Integration von multiplen Wissensquellen („*propositional*“ und „*non-propositional*“) stammend aus einer Vielfalt von „*evidence bases*“, so Rycroft-Malone et al. (2004, S. 83). Sie unterscheiden zwischen vier unterschiedlichen Typen von „*evidence bases*“:

- *Forschung* („*research*“): diese Wissensquelle/Wissensgrundlage wird oft im Gesundheitswesen als die Wichtigste und die Sicherste angesehen, obwohl sie weder eine absolute Gewissheit noch eine andauernde Konstanz aufweist, weil sie durch neuere Erkenntnisse und weitere Forschung immer wieder weiterentwickelt und somit auch inhaltlich verändert wird. Während die Forscher ein hohes Niveau an Objektivität beabsichtigen, sind das Produzieren und das Verwenden dieser Wissensquelle (also der Forschung) ein sozialer Prozess. Somit unterliegt sie der Subjektivität und der Interpretationsfähigkeiten der hier beteiligten Akteure. Demzufolge ist die Forschung als Wissensquelle sozial und historisch konstruiert, sie ist nicht sicher, nicht kontextabhängig (deshalb statisch und zu wenig spezifisch) und eklektisch (deshalb auch dynamisch). All diese Faktoren führen dazu, dass Forschung als evidence, obwohl sie wesentlich für die Verbesserung der Patientenpflege ist, nicht direkt, per se, die Praktiker in ihrer Entscheidungsfindung unterstützen kann.

- *Klinische Expertise („clinical experience“)*: die klinische Expertise ist ebenfalls eine wichtige Wissensquelle, die durch die professionelle Praxis und die Lebenserfahrung entstanden ist. Sie wird auch als „practical knowledge“, „professional craft knowledge“, „practical know-how“, „experiential knowledge“ oder auch als „tacit knowledge“ bezeichnet. Diese Wissensquelle ist in die Praxis eingebettet und sie wird gleichzeitig durch die Praxis ausgedrückt; sie ist oft „still“ und intuitiv und beinhaltet nicht nur das eigene praktische Wissen, sondern auch das Wissen anderer (z.B. von Kollegen). Es ist von einer zentralen Bedeutung für die Weiterentwicklung und Qualität der Pflege, dass dieses Wissen kritisch reflektiert, verifiziert und gegebenenfalls modifiziert bzw. weiterentwickelt wird. Nur dann, wenn der praktische common sense aufgedeckt, analysiert, evaluiert und kritisiert wird, kann dieses Wissen als eine glaubwürdige evidence berücksichtigt werden. Es wird in diesem Zusammenhang über das „affirmed experience“ gesprochen. Das Erfahrungswissen wird durch eine inhaltliche Übereinstimmung mit Forschungsergebnissen verstärkt und bei einer inhaltlichen Nichtübereinstimmung mit Forschungsergebnissen eher bevorzugt. Umgekehrt ist die Forschung als evidence mächtiger, wenn sie mit der klinischen Expertise stimmig ist. Diese Tatsache zeigt, dass die Verbesserung der Praxis mehr benötigt als nur den Zugriff auf neue Informationen; es bedarf der Integration dieser Informationen in das Praxiswissen.
- *Patientenerfahrungen und -präferenzen („patients, clients and carers“)*: diese Wissensquelle beinhaltet das persönliche Wissen (über den eigenen Körper, soziales Leben und persönliche Bedürfnisse), die individuellen Erfahrungen (hinsichtlich bisheriger pflegerischer Erfahrungen) und die individuellen, ethischen und moralischen Präferenzen und Vorstellungen (über Gesundheit und Krankheit) von Patienten und ihrer Familien und stellt einen zentralen Teil in der evidence-based practice dar, als Ausdruck von „caring“ und „good practice“. Es ist bedeutsam, aber auch sehr komplex und herausfordernd, die individuellen Werte und persönlichen Erfahrungen von Patienten aufzudecken und diese Bedeutungen für sie

und ihre Angehörigen in das Wissen der pflegerischen und therapeutischen Handlungen einzubauen.

- *Lokale Daten und Ressourcen* („*local context and environment*“): zu dieser Wissensquelle gehören Audits, Patientengeschichten, Wissen über die Kultur der Organisation und ihrer Individuen, soziale und professionelle Netzwerke, lokale und nationale Richtlinien. Diese Wissensart wird auch als „*internal evidence*“ bezeichnet und sie stammt primär von systematisch erhobenen lokalen Daten, beinhaltend lokale Planung, Maßnahmen, Qualitätskontrollen, Ergebnisse und die Evaluation dieser. Diese lokal verfügbaren Wissensquellen spielen eine klare Rolle in der Entwicklung von *evidence-based patient care* und in der Verbesserung der pflegerischen Qualität. Ihre Funktion und Integration in der pflegerischen Entscheidungsfindung ist jedoch nicht vollständig aufgeklärt.

Estabrooks, Rutakumwa, O`Leary, Profetto-McGrath, Milner, Levers und Scott-Findlay (2005) haben in ihrer qualitativen Studie über die Wissensquellen der Pflegepraxis Pflegende befragt und dabei vier umfassende Kategorien von Wissensarten identifiziert, die sie näher beschrieben haben:

- „*Social Interactions*“: diese sozialen Interaktionen umfassen Vorgänge, in denen Pflegende kommunizieren, Beziehungen bilden und Informationen untereinander, zwischen Angehörigen anderer Gesundheitsberufe und Patienten, austauschen. Dabei wird zwischen zwei Ausprägungen dieser Kategorie unterschieden: *informelle und formelle Interaktionen*. Die *informellen Interaktionen* sind primär an unsichere Situationen gebunden und die meisten von ihnen erfolgen mit dem unmittelbaren Arbeitskollegen (also mit Gleichgesinnten). Diese Informationsquelle wird für die Praxis als die häufigste angegeben. Gründe dafür waren: das Vertrauen in das Erfahrungswissen der Anderen, die spezifische Art dieser Informationen, ihre Praxisnähe und Praxisfreundlichkeit (die Informationen sind sofort verfügbar und können schnell und direkt in den Kontext der Praxis angewendet werden), ihren kommunikativen Charakter und ihren unterstützenden und bekräftigenden Charakter im Umgang mit den eigenen Gefühlen und Handlungen. Andere Pflegende, die eine größere Distanz zu der Praxis haben, wie z. B. Pflegeexperten (die nicht in

die Praxis integriert sind) oder Pflegemanager, werden bereits seltener als Wissensquellen kontaktiert und genutzt, aufgrund von Zeitmangel. Auch andere Berufsgruppen, wie etwa Ärzte, werden in der täglichen Praxis aufgrund von hierarchischen Gegebenheiten und Misstrauen an ihrer Willigkeit Informationen zu vermitteln, kaum zu Rate gezogen. Schließlich werden Patienten und ihre Angehörigen als eine wichtige Informationsquelle von den Pflegenden angesehen, weil sie ihnen durch ihre Erfahrungen und das Erleben ihre Situation helfen ihre pflegerischen Handlungen und Entscheidungen zu optimieren.

Formelle Interaktionen beinhalten den formellen Austausch von Wissen, während und durch offiziell organisierte professionelle Ereignisse, die sowohl außerhalb (z.B. Konferenzen, Tagungen, Seminare, Workshops) als auch innerhalb (z.B. Teambesprechungen und -sitzungen) der stationären Einheiten stattfinden können. Die Art von Wissen, die aus diesen Wissensquellen stammt, ist spezifisch und der direkte Pflege an den Patienten angepasst. Manche der Pflegenden finden diese Wissensquellen als entscheidend für die tägliche Pflege, die Praxis zeigt jedoch, dass viele Pflegenden diese Wissensmöglichkeiten nicht ausreichend in Anspruch nehmen. Ereignisse innerhalb der stationären Einheiten werden in der Regel öfters besucht als Ereignisse, die außerhalb der stationären Einheiten stattfinden. Die Gründe wieso diese Wissensquellen nicht ausreichend von den Pflegenden ausgeschöpft werden sind: Zeitmangel und ein zu wenig unterstützendes Umfeld. Mitarbeiterführung und Forschungsimplementierung sind Teile der Krankenhausleitbilder und Krankenhausphilosophie, jedoch sind die zeitlichen und finanziellen Ressourcen, die für die Personalentwicklung von der Krankenhausleitung zur Verfügung gestellt werden, meistens unrealistisch.

- „*Experiential Knowledge*“: Erfahrungswissen ist ein Wissen, das sich durch regelmäßige Beobachtung während der Pflegepraxis entwickelt hat. Diese Wissensart basiert auf früheren Erfahrungen und umfasst sowohl die individuellen Erfahrungen als auch die Erfahrungen anderer Berufskollegen. Somit steht diese Kategorie in einer komplementären Beziehung zu der ersten Kategorie und bildet zusammen mit dieser die zwei wichtigsten Wissensquellen der Pflegepraxis. Durch ihre ungeheure

Wichtigkeit und ihren Wert, den sie bei Pflegenden zu haben scheint (wird oft in der Praxis als die Wichtigste evidence angesehen), kann sie sich jedoch auch hinderlich für die Entwicklung der Pflege (und somit auch für die Pflegequalität) auswirken, insbesondere dann, wenn sie zu der nächsten Wissensquelle, der „documentary sources“ (die auch die Forschungserkenntnisse beinhalten) inhaltlich in Konflikt steht.

- „*Documentary Sources*“: Hier sind die schriftlichen Wissensquellen gemeint, wie einerseits Patientenkurven, Richtlinien und Vorschriften, Internet und andere Medien, die als „*unit based sources*“ gekennzeichnet sind, und andererseits Bücher und Journals, als „*off-unit sources*“ genannt. Unter die „unit-based“ Wissensquellen sind die von Pflegenden am häufigsten genutzten und somit die Wichtigsten die Patientenkurven. Das Internet wird auch relativ häufig verwendet, weil es eine schnell zugängliche Wissensquelle darstellt, die kontext- und problemspezifische Informationen für die Praxis zur Verfügung stellen kann. „Off-unit“ Wissensquellen werden selten von Pflegenden in der Praxis verwendet. Als Grund wird einerseits der Zeitmangel, andererseits die fehlenden Fähigkeiten der Pflegenden mit wissenschaftlichem Wissen richtig umgehen zu können, genannt. Auch das Umfeld des stationären Alltags und die hier gelebten kulturelle Normen spielen in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle. Die Tradition kann sich manchmal als hinderlich für den Fortschritt und die Qualität erweisen.
- „*A Priori Knowledge*“: Das ist das Wissen, welches eine Pflegeperson auf eine Station mitbringt. Dieses Wissen setzt sich aus dem Wissen, das während der Pflegeausbildung gesammelt wurde, dem Common Sense, früheren Erfahrungen und persönlichen Überzeugungen zusammen. Das Wissen aus der Pflegeausbildung wird bei den Pflegenden als wichtig bewertet, weil es als primäre theoretische Grundlage für die Praxis gesehen wird. Dennoch, wie die Praxis zeigt, ist das Wissen aus der Ausbildung oft nicht ausreichend für die Herausforderungen der klinischen Entscheidungsfindung und deshalb werden Wissensquellen, wie die persönliche Erfahrung und das Wissen aus sozialen Interaktionen, öfters von Pflegenden genützt als das Wissen aus der Ausbildung.

Der Fragebogen, der als Erhebungsinstrument in der Studie eingesetzt wurde und im folgenden Kapitel näher beschrieben wird, basiert auf diesen letzteren theoretischen Erkenntnissen.

II. Empirischer Teil

Die *Planungsphase* dieser Forschungsarbeit wurde in der Einleitung und im theoretischen Teil ausführlich beschrieben. Die formulierten Forschungsfragen wurden nacheinander mit Literaturarbeit beantwortet und diskutiert. Die letzte Forschungsfrage: „*Welche Wissensquellen bevorzugen Pflegepersonen in der Praxis und wie hängen diese Präferenzen mit den Hintergrunddaten (Alter, Geschlecht, Anstellungsgrad, Erfahrung und Bildung) zusammen?*“ wurde empirisch untersucht. Diese Studie soll nun in weiterem präsentiert werden.

1 Vorbereitungsphase

In dieser Phase geht es um die Entwicklung eines Untersuchungsplans, noch bevor mit der Datenerhebung begonnen werden kann.

1.1 Festlegung der Vorgehensweise

Die Methode der Wahl fällt, in Zusammenhang mit der Fragestellung, auf eine *quantitative Untersuchung*. Präferenzen von Pflegepersonen sollen anhand von vorgegebenen Wissensquellen abgefragt und quantifiziert werden. Zusammenhänge zwischen diesen Präferenzen und Einflussfaktoren (Alter, Geschlecht, Erfahrung, Anstellungsgrad und Weiterbildung) sollen aufgedeckt und beschrieben werden. Es handelt sich hier um ein *deskriptiv-exploratives Querschnittsdesign*. Das *Ziel der Untersuchung* ist eine Wissenserweiterung über die Präferenzen der Pflegepersonen hinsichtlich ihrer Wissensquellen in der Praxis zu ermöglichen. Die Daten werden nur einmal und nicht zu verschiedenen Zeitpunkten erhoben. Die Methode der Datenerhebung (die Messmethode) ist eine *Fragebogenerhebung*. Demzufolge wird als Erhebungsinstrument ein Fragebogen (FB) eingesetzt. Befragt werden diplomierte Pflegepersonen.

Bei der *Stichprobenauswahl* handelt es sich um eine *Vollerhebung*. Untersucht werden ausschließlich diplomierte Pflegepersonen im stationären Bereich im Krankenhaus Rudolfinerhaus. Insgesamt umfasst die Erhebung sieben Bettenstationen, die von der medizinischen Fachrichtung her als „gemischt“ gelten (medizinische Fachrichtungen wie Chirurgie, Onkologie, Interne, Gynäkologie, Orthopädie, HNO usw. sind auf diesen Stationen in unterschiedlichen Verhältnissen repräsentiert). Es handelt sich hier um eine

Populationsgröße von etwa 110 Pflegenden. Die Stationsleitungen wurden aufgrund ihrer speziellen Funktion und aufgrund des Anonymitätsproblems von der Erhebung ausgeschlossen. Die Datenerhebung wurde in einem *Zeitraumen* von vier Wochen, von Mitte April bis Mitte Mai 2009, geplant. Die Untersuchung wurde von der Pflegedirektion des Rudolfinerhauses, von Fr. Elisabeth Kugler, schriftlich genehmigt (siehe dazu Anhang: Genehmigung der Studie). Die *ethischen Aspekte* der Studie wurden im Vorfeld gründlich überlegt und im Begleitbrief des Fragebogens wurden die wichtigsten Themen diesbezüglich auch zusammengefasst. Diese betreffen im Wesentlichen: die Information über die Befragende, das Ziel der Befragung, die freiwillige Teilnahme an der Befragung, den sorgfältigen Umgang mit Daten und die Bewahrung der Anonymität. Die ethische Perspektive zieht sich jedoch durch die ganze Untersuchung hindurch.

1.2 Ausarbeitung des Forschungsinstruments

Der hier verwendeten Fragebogen stützt sich auf den ursprünglichen Fragebogen von Estabrooks (1998, S. 24). Dieser Fragebogen wurde von Estabrooks, Chong, Brigidear und Profetto-McGrath, 2005, nochmals in der Studie „Profiling canadian nurses`preferred knowledge sources for clinical practice“ eingesetzt. Estabrooks, Rutakumwa, O`Leary, Profetto-McGrath, Milner, Levers und Scott-Findlay haben 2005 auch eine qualitative Untersuchung über die Arten pflegerischer Wissensquellen in der Praxis durchgeführt. Bei dieser Untersuchung wurden die Pflegenden selbst interviewt und die daraus entstandenen Ergebnisse wurden unter vier Hauptkategorien von Wissensquellen zusammengefasst: soziale Interaktionen („social interactions“), Erfahrungswissen („experiential knowledge“), schriftliche Wissensquellen („documentary sources“) und a priori Wissen („a priori knowledge“). Diese vier Hauptkategorien von Wissensarten und ihre Unterkategorien wurden im theoretischen Teil dieser Arbeit, in Kapitel 4, näher erläutert und beschrieben. Diese wissenschaftlichen Erkenntnisse bilden das theoretische Grundgerüst des Fragebogens, der bei dieser Studie eingesetzt wurde. Hierzu ist festzuhalten, dass in dieser Arbeit die ins Deutsche übersetzte Version dieses Fragebogens übernommen wurde (Quelle: Abteilung Pflegeentwicklung und Forschung Inselspital Bern – siehe Anhang: original Fragebogen und Genehmigung). Es handelt sich dabei um einen standardisierten Fragebogen mit

18 einzelnen Fragen (*Items*), die die Häufigkeit der Anwendung unterschiedlicher Wissensquellen in der Praxis abfragen. Jedes der einzelnen Items ist durch eine Likert-Skala mit fünf Abstufungen, von „nie“ (= 1) bis „immer“ (= 5) zu beantworten.

Die einzelnen Items fragen verschiedene Wissensquellen ab, die den vier Hauptkategorien von Wissensarten (soziale Interaktionen, Erfahrungswissen, schriftliche Wissensquellen und a priori Wissen) zuzuordnen sind. Die Tabelle 1 zeigt welches Item welche Hauptkategorie von Wissensarten repräsentiert.

Tabelle 1: *Repräsentation der Hauptkategorien von Wissensarten durch die Items*

Wissensarten	Item	Item Nr.
Soziale Interaktion	Das Wissen, das ich in meiner Praxis verwende, stützt sich auf ...	
	... Informationen, die ich über jeden einzelnen Patienten erhalte	1
	... Informationen, die ich von Arbeitskollegen erhalte	6
	... das was Ärzte mit mir besprechen	7
	... neue Behandlungen und Medikamente, die ich kennen lerne, wenn sie von Ärzten für Patienten verordnet werden	8
	... Informationen, die ich durch Teilnahme an Weiterbildungen/Konferenzen erhalte	10
Erfahrungswissen	Das Wissen, das ich in meiner Praxis verwende, stützt sich auf ...	
	... meine Intuition, was für den Patienten „richtig“ erscheint	2
	... meine persönliche Erfahrung in der Betreuung von Patienten	3
	... das, was sich für mich über Jahre bewährt hat	4
Schriftliche Wissensquellen	Das Wissen, das ich in meiner Praxis verwende, stützt sich auf ...	
	... Informationen, die ich aus Richtlinien und Standards erhalte	11
	... Informationen, die ich von systematisch erhobenen Daten erhalte	12
	... Artikel aus ärztlichen Zeitschriften	13
	... Artikel aus pflegerischen Zeitschriften	14
	... Artikel aus pflegerischen Forschungszeitschriften	15
	... Informationen aus Lehrbüchern	16
	... Informationen aus dem Internet	17
	... Informationen aus den Medien	18
A priori Wissen	Das Wissen, das ich in meiner Praxis verwende, stützt sich auf ...	
	... die Art, wie ich es immer gemacht habe	5
	... Informationen, die ich in meiner Grundausbildung erhielt	9

Ein adäquater Begleitbrief wurde zusammengestellt und dem Fragebogen beigelegt.

Die *Inhaltsvalidität* des Messinstruments wurde durch folgende Maßnahmen gesichert:

- a) der Fragebogen wurde drei Fachexpertinnen: Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer, Vorständin des Institutes für Pflegewissenschaft und Betreuerin meiner Arbeit, Dr. Andrea Smoliner, Pflegewissenschaftlerin, Pflegeexpertin und Leiterin der Stabstelle für Pflegeentwicklung im Krankenhaus Rudolfinerhaus und Mag. Isabella Hager, Statistikerin und Vortragende am Institut für Pflegewissenschaft, vorgelegt.
- b) die **Face Validity** wurde durch fünf Studienkolleginnen und selber Pflegenden in unterschiedlichen Krankenanstalten der Stadt Wien eingeholt.

Aufgrund der durch diese Maßnahmen erhaltenen Anregungen wurden beim Fragebogen einige geringfügige sprachliche Änderungen bezüglich Klarheit, Verständnis, Relevanz und Geschlechtsneutralität vorgenommen.

Auch das Layout wurde etwas verändert. Ziel dieser Änderung war eine bessere Ansprechbarkeit der Testpersonen, aber auch eine schnelle und leichte Bearbeitung des Fragebogens. Insgesamt wurde mit einem Zeitaufwand von fünf bis zehn Minuten gerechnet.

Eine weitere Veränderung des Originals betrifft die Erweiterung der Likert-Skala von fünf auf sechs Abstufungen, erstreckend von „nie“ (= 1) bis „immer“ (= 6). Einerseits sollte mehr Varianz bei den Antworten ermöglicht werden, andererseits soll durch die gerade Abstufungszahl eine Mittelkategorie (neutrale Kategorie) ausgeschaltet werden, ohne dass es zu einer Überforderung der Testperson kommt. Laut Raab-Steiner und Benesch (2008) geht die derzeitige Lehrmeinung von einer maximalen Abstufung von 5-7 Kategorien aus. Sie behaupten ebenfalls, dass die Verwendung von Mittelkategorien einen ungünstigen Einfluss auf den Informationsgehalt eines Fragebogens haben kann.

Eine letzte Änderung bezieht sich auf die Einführung einer Rankingfrage der 18 Items, diese betrifft die von Pflegepersonen aufgestellte Wichtigkeit der erfragten Wissensquellen. Die drei wichtigsten Informationsquellen sollen dabei genannt werden.

Als Hintergrunddaten wurden die gleichen Daten erfragt wie bei der Originaluntersuchung: Alter, Geschlecht, Anstellungsgrad, Berufserfahrung (in Form von Berufsjahren) und Weiter- bzw. Zusatzausbildungen.

Der endgültige Fragebogen, zusammen mit dem Begleitbrief, der bei der Befragung eingesetzt wurde, findet sich im Anhang dieser Arbeit.

1.3 Pretest

Auf einen **Pretest** wurde bei dieser Untersuchung aus folgenden Gründen verzichtet:

- a) der FB wurde bisher bei anderen internationalen wissenschaftlichen Studien eingesetzt, wodurch seine Gütekriterien mehrfach überprüft wurden (Estabrooks, 1998, Estabrooks, Chong, Brigidear & Profetto-McGrath, 2005. Über die Untersuchung vom Inselspital Bern liegen derzeit noch keine Endergebnisse der Erhebung vor.)
- b) die inhaltliche Validität wurde im Vorfeld abgesichert
- c) durch die geringe Größe der zu untersuchenden Population hätte eine Stichprobenauswahl für den Pretest die ohnehin relativ kleine Stichprobe noch zusätzlich reduziert.
- d) begrenzte Ressourcen.

2 Durchführungsphase

Nach der offiziellen Genehmigung der Untersuchung von der Krankenhausdirektion wurde die Datenerhebung folgendermaßen eingeleitet:

- a) die Information der sieben beteiligten Stationen über die Befragung. Erstens wurden die Stationsleitungen informiert, die als unterstützende Personen für diese Studie gewonnen wurden. Sie sollten für diese Untersuchung werben und die anderen Kollegen täglich an das Ausfüllen der Fragebogen erinnern. Zweitens wurden die Stationen von mir persönlich informiert. Weitere Informationsmöglichkeiten, wie Pflegearbeitskreistreffen und Teamsitzungen, wurden ebenfalls genutzt, um eine möglichst breite Masse der Befragten zu erreichen
- b) die Fragebogen wurden auf jeder Abteilung zum gleichen Zeitpunkt von mir persönlich ausgeteilt, so dass jede Pflegeperson einen Fragebogen samt Begleitbrief und dazu ein Antwortkuvert mit meinem Namen erhalten hat. Kollegen, die zu Beginn der Untersuchung nicht anwesend waren, haben den Fragebogen in ihr Stationsfach eingelegt bekommen. Ausgeteilt wurden insgesamt 103 Fragebogen. *Erhebungszeitraum*: Mitte April bis Mitte Mai 2009.
- c) jede Abteilung wurde mit einer eigenen Sammelbox für die ausgefüllten Fragebogen ausgestattet. Die Sammelbehälter wurden auf den Stationen so platziert, dass sie gut zugänglich und sichtbar waren. Auf den Behältern stand nochmals die Information, bis zu welchem Zeitpunkt die Fragebogen auszufüllen sind und um welche Befragung es sich handelt. Ziel war eine möglichst unkomplizierte Abwicklung der Befragung zu gewährleisten. Gleichzeitig sollten die Sammelbehälter auch als Werbung für die Untersuchung dienen.
- d) jede Woche erfolgte von meiner Seite her ein Besuch aller beteiligten Stationen. Dabei wurde der Ist-Zustand der Befragung evaluiert und für die Untersuchung Werbung gemacht bzw. an die Befragung erinnert
- e) die Fragebogen wurden am Ende der Untersuchung von mir eingesammelt. Insgesamt habe ich 71 ausgefüllte Fragebogen erhalten. Es ergibt sich somit eine *Rücklaufquote* bzw. eine *Beteiligung* an der Befragung von

68,9%, die als zufriedenstellend angesehen wurde. Die *Stichprobengröße* wurde somit auf 71 *diplomierte Pflegepersonen* festgelegt.

3 Auswertungsphase

Die Analyse und Auswertung der Daten erfolgte mittels Deskriptiv- und Inferenzstatistik. Mit letzterer soll die statistische Signifikanz der Ergebnisse gesichert werden. Die Analyse und Auswertung erfolgte mittels SPSS.

Vor der Dateneingabe in SPSS wurden alle ausgefüllten FB mit einer fortlaufenden Zahl nummeriert. Damit sollte das Einsehen der Originalfragebogen bei Auffälligkeiten im Datensatz oder bei fehlenden Werten jederzeit gewährleistet werden. Als nächstes wurde ein Kodierungsplan zusammengestellt, um jederzeit einen Überblick darüber bekommen zu können, welchen Zahlen welche Ausprägungen zugeordnet wurden und wie die Kurzbezeichnungen der Variablen lauten (Tabelle 1).

Als nächster Schritt wurde der Datenfile in SPSS erstellt. Die Daten wurden von mir eingegeben. Anschließend wurde eine Kontrolle der Dateneingabe mit einer zweiten Person durchgeführt, um eventuelle Fehleingaben aufzudecken und gegebenenfalls Korrekturen vorzunehmen. Diese Maßnahme wurde zum Zweck der Qualitätssicherung der Untersuchung eingesetzt.

Bei der Erfragung der Berufserfahrung in Jahren haben einige wenige Pflegepersonen $\frac{1}{2}$ oder $\frac{3}{4}$ Jahr angegeben. In diesen Fällen wurden die Berufsjahre auf 1 Jahr aufgerundet.

Tabelle 2: Kodierungsplan für SPSS

Variable	Kurzbezeichnung/ Ausprägung/ Fehlende Wert
Fragebogen Nr.	Nr / keine/ 100
Informationen, die ich über jeden individuellen Patienten erhalte.	Item_1/ nie (1) → immer (6) /20
meine Intuition, was für die Patienten "richtig" erscheint.	Item_2/ nie (1) → immer (6) /20
meine persönliche Erfahrung in der Betreuung von Patienten.	Item_3/ nie (1) → immer (6) /20
das, was sich für mich über Jahre bewährt hat.	Item_4/ nie (1) → immer (6) /20
die Art, wie ich es immer gemacht habe.	Item_5/ nie (1) → immer (6) /20
Informationen, die ich von Arbeitskollegen erhalte.	Item_6/ nie (1) → immer (6) /20
das, was Ärzte mit mir diskutieren.	Item_7/ nie (1) → immer (6) /20
neue Behandlungen und Medikamente, die ich kennen lerne, wenn sie von Ärzten für Patienten verordnet werden.	Item_8/ nie (1) → immer (6) /20
Informationen, die ich in meiner Grundausbildung erhielt.	Item_9/ nie (1) → immer (6) /20
Informationen, die ich durch Teilnahme an Weiterbildungen/Konferenzen erhalte.	Item_10/ nie (1) → immer (6) /20
Informationen, die ich aus Richtlinien und Standards erhalte.	Item_11/ nie (1) → immer (6) /20
Informationen, die ich von systematisch erhobenen Daten erhalte.	Item_12/ nie (1) → immer (6) /20
Artikel aus ärztlichen Zeitschriften.	Item_13/ nie (1) → immer (6) /20
Artikel aus pflegerischen Zeitschriften.	Item_14/ nie (1) → immer (6) /20
Artikel aus pflegerischen Forschungszeitschriften.	Item_15/ nie (1) → immer (6) /20
Informationen aus Lehrbüchern.	Item_16/ nie (1) → immer (6) /20
Informationen aus dem Internet.	Item_17/ nie (1) → immer (6) /20
Informationen aus den Medien.	Item_18/ nie (1) → immer (6) /20
wichtigste Informationsquelle	Item_19/ Item Nr. (1 bis 18) /20
zweitwichtigste Informationsquelle	Item_20/ Item Nr. (1 bis 18) /20
drittwichtigste Informationsquelle	Item_21/ Item Nr. (1 bis 18) /20
Alter	Item_22/ Jahre /100
Geschlecht	Item_23/ 1 = weiblich; 2 = männlich /20
Berufstätigkeit (= Anstellungsgrad)	Item_24/ 1 = Vollzeit; 2 = Teilzeit /20
Wochenstunden	Item_25/ Anzahl der Wochenstunden /100
Berufserfahrung (in Jahren)	Item_26/ Jahre /100
Weiterbildungen/ Zusatzausbildungen	Item_27/keine

3.1 Stichprobenbeschreibung

3.1.1 Alter

Das Durchschnittsalter aller 71 diplomierten Pflegepersonen, die bei der Untersuchung teilgenommen haben, ergab 35,1 Jahre. Die jüngste Teilnehmerin war 22 Jahre alt, die älteste 54. Dadurch ergibt sich eine Altersspannweite von 32 Jahren. Das am häufigsten angegebene Alter lag bei 30 (8,6%). Eine Person hatte keine Altersangaben gemacht (fehlend = 1,4%). Siehe dazu Abbildung 7.

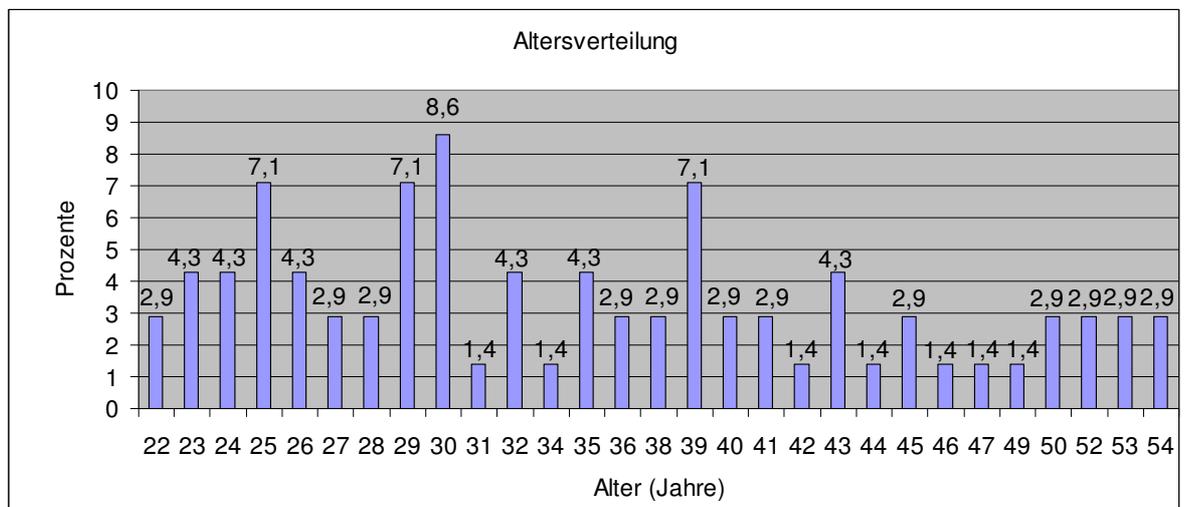


Abbildung 7: Darstellung der Altersverteilung in der Stichprobe (in Prozent angegeben)

3.1.2 Geschlecht

Die untersuchte Stichprobe beinhaltet 67 weibliche und 2 männliche Probanden. Daraus ergibt sich eine Geschlechtsverteilung von 95,7% weiblich und 4,3% männlich. Eine Person hatte keine Geschlechtsangaben gemacht (fehlend = 1,4%). Siehe dazu Abbildung 8.

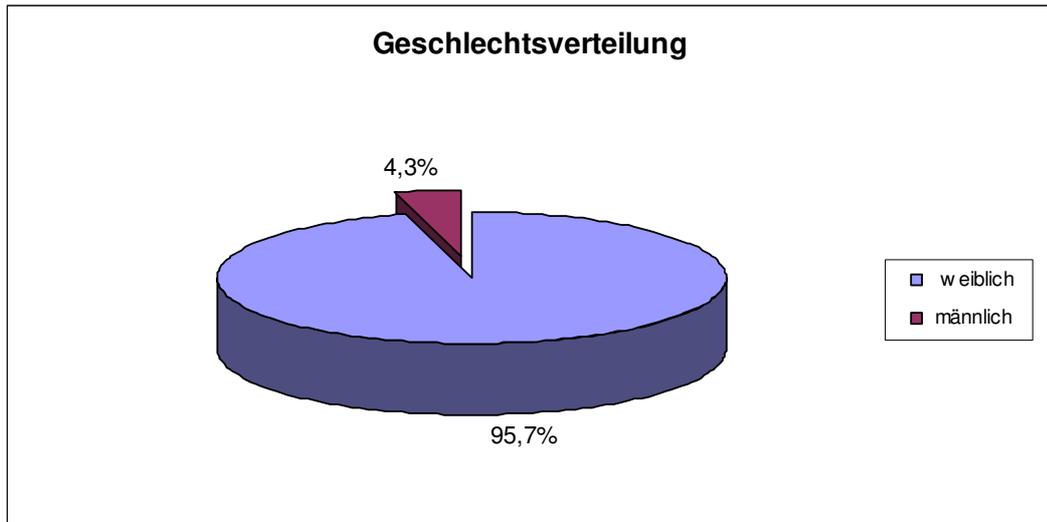


Abbildung 8: Darstellung der Geschlechtsverteilung (in Prozent angegeben)

3.1.3 Anstellungsgrad (Berufstätigkeit)

36 Personen gaben an, dass sie Vollzeit arbeiten. 34 Personen arbeiten Teilzeit. Das bedeutet, dass 51,4% der Befragten Vollzeit und 48,6% der Befragten Teilzeit beschäftigt sind. Eine Person hatte diesbezüglich keine Angaben gemacht (fehlend = 1,4%). Siehe dazu Abbildung 9.

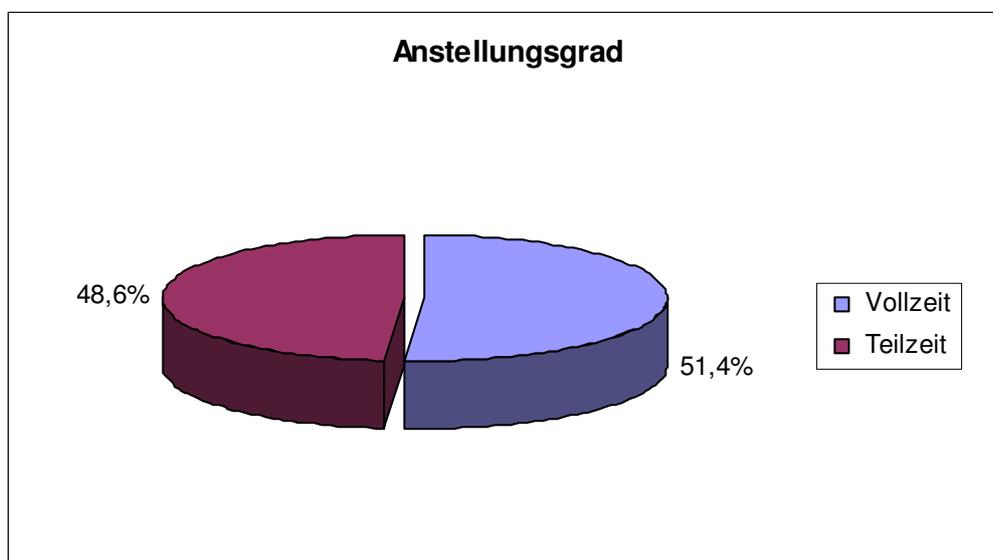


Abbildung 9: Darstellung des Anstellungsgrades (in Prozent angegeben)

68 der Befragten gaben die Anzahl der Stunden, die sie pro Woche arbeiten, an. 3 Personen gaben über ihre Wochenstunden keine Auskunft. Der Durchschnittswert

der Wochenstunden beträgt in dieser Stichprobe 33,04 Stunden. Die geringste wöchentliche Beschäftigungszeit umfasst 16 Stunden, die höchste 40 Stunden. Die häufigste Teilzeitform dieser Stichprobe beträgt 20 Wochenstunden (18%); die zweithäufigste 32 Wochenstunden (12%). Andere Teilzeitformen sind in der Stichprobe unterrepräsentiert. 16 und 28 Wochenstunden sind die zwei seltensten Teilzeitformen der Stichprobe (je 1%). Die Verteilung der Wochenstunden der Stichprobe ist in Abbildung 10 dargestellt.

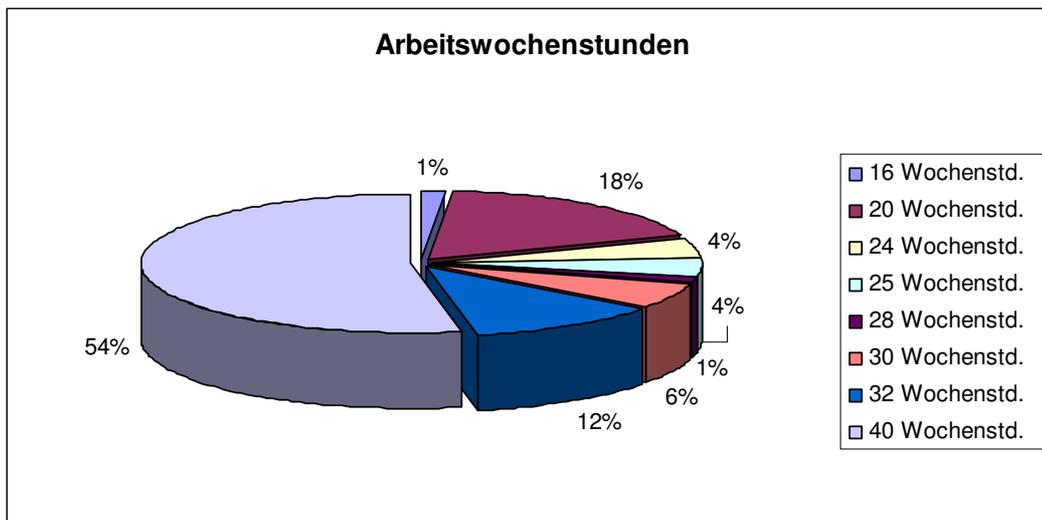


Abbildung 10: Darstellung der Verteilung der Wochenstunden (in Prozent angegeben)

3.1.4 Berufserfahrung

Die durchschnittliche Berufserfahrung der Stichprobe beträgt 12,7 Jahre. Die geringste Berufserfahrung wird mit 1 Jahr, die höchste mit 36 Jahren festgelegt. Am häufigsten werden in dieser Stichprobe 1 und 10 Jahre angegeben (je 10%). Eine Person hatte diesbezüglich keine Angaben gemacht (fehlend = 1,4%). Siehe dazu Abbildung 11.

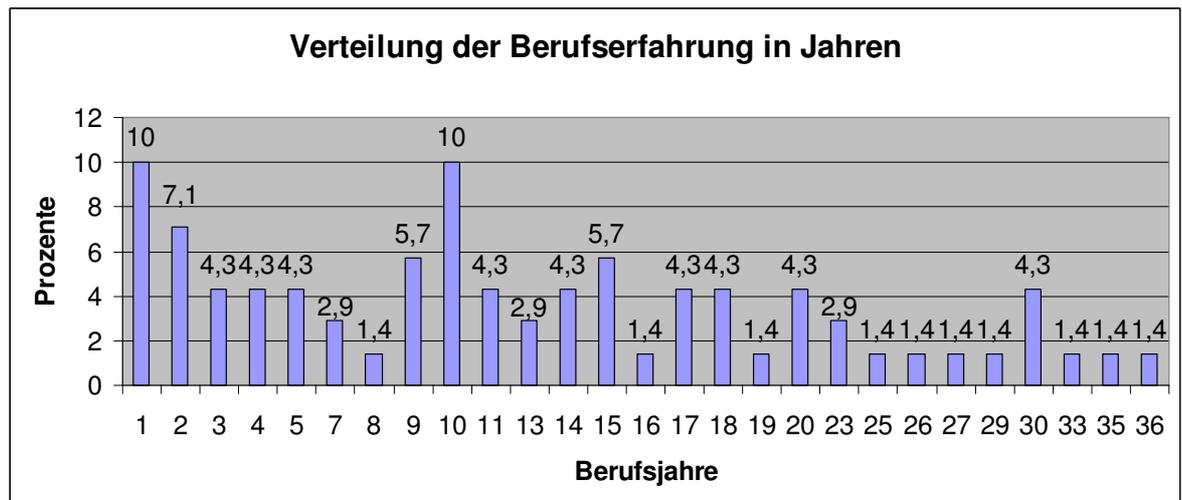


Abbildung 11: Darstellung der Verteilung der Berufserfahrung in Jahren (in Prozent angegeben)

3.1.5 Weiterbildung/Zusatzausbildung

26 Pflegende, was 36,6% der Befragten ausmacht, haben eine Weiterbildung/Zusatzausbildung angegeben. 45 Pflegende (63,4% der Befragten) hatten keine Angaben zu dieser Frage gemacht (Abbildung 12).



Abbildung 12: Darstellung der Verteilung der Weiterbildungen/Zusatzausbildungen (in Prozent angegeben)

Die 36,6% der Befragten haben eine Angabe bei dieser Frage geleistet. Davon haben 38,46% eine, 19,23% zwei, 30,76% drei und 11,53% vier Weiterbildungen angegeben. Diese Angaben wurden in weiterem qualitativ untersucht und

ausgewertet. Aus den Antworten der Pflegenden wurden vier unterschiedliche Kategorien gebildet (Tabelle 2):

- a) *Kategorie 1: Weiterbildungen* – hier wurden Angaben wie: „Wundmanagement“, „Wundversorgung“, „Praxisanleiter“, „Entlassungsmanagement“, „Ernährungsberatung in der Prävention“, „HÖFA II“ (= Höhere Fachausbildung Stufe II = Pflegeexperte), „Palliativlehrgang“, „Palliativ Care“, „Umgang mit Stoma“, „Colostoma“, „Diabetes“ zusammengefasst. Diese Kategorie wurde von den Befragten am zweithäufigsten angegeben (26,41%)
- b) *Kategorie 2: Zusatzausbildungen/Sonderausbildungen* – hier wurden Angaben wie: „Basales und Mittleres Management“, „Intensiv + Reanimation“, „Leitender Kurs“, „Sonderausbildung“, zusammengefasst. 13,20% der Befragten haben Angaben für diese Kategorie gemacht
- c) *Kategorie 3: Pflegekonzepte* - hier wurden Angaben wie: „Aromatherapie“, „Kinästhetik“, „Basale Stimulation“, „Aromapflege“, „Bobath-Konzept“, „Therapeutic Touch“, „Bachblütentherapie“ zusammengefasst. Diese Kategorie wurde von den Probanden am häufigsten angegeben (52,83%).
- d) *Kategorie 4: „Sonstiges“* – hier wurden Angaben wie „Studium der Pflegewissenschaft“, „Umgang mit Schmerzpatienten“, „Begleitung von Sterbenden“, „Innerbetriebliche Fortbildungen“ (IBF) zusammengefasst. Diese Kategorie machte nur 7,54% der Antworten der Befragten aus.

Tabelle 3: Zusammenfassung der Qualitativen Auswertung von Weiterbildungen/Zusatzausbildungen

Kategorie 1: Weiterbildungen (26,41%)	Kategorie 2: Zusatzausbildungen/ Sonderausbildungen (13,20%)	Kategorie 3: Pflegekonzepte (52,83%)	Kategorie 4: „Sonstiges“ (7,54%)
Wundmanagement Praxisanleitung Entlassungsmanagement Ernährungsberatung Pflegeexpertise Palliativ Care Stoma Diabetes	Management (Basales + Mittleres) Intensivpflege	Kinästhetik Aromapflege Basale Stimulation Bobath-Konzept Therapeutic Touch Bachblütentherapie	Studium der Pflegewiss. Fortbildungen zu div. Themen (Schmerz, Umgang mit Sterbenden)

3.2 Gütekriterien des Erhebungsinstruments

3.2.1 Validität

Bei dieser Studie wurde die Inhalts- und Konstruktvalidität überprüft. Die Kriteriumsvalidität kann aufgrund des fehlenden äußeren Kriteriums nicht bestimmt werden.

3.2.1.1 Inhaltsvalidität

Diese Art der Validität wurde bereits in Kapitel 1 (Vorbereitungsphase) genau beschrieben. Demnach ist noch hinzuzufügen, dass die Höhe der fehlende Werte bei den einzelnen Items niedrig bis sehr niedrig ausgefallen ist (0% bis max. 4,2%). Diese Tatsache bestätigt noch einmal die Verständlichkeit und die Anwenderfreundlichkeit des Fragebogens. Der Fragebogen wurde demzufolge von den Probanden korrekt bearbeitet und die Fragen wurden fast immer vollständig beantwortet (siehe dazu Kapitel 3.3. Itembeschreibung).

3.2.1.2 Konstruktvalidität

Durch die Konstruktvalidität soll überprüft werden, inwiefern das Messinstrument (der Fragebogen) die theoretisch postulierten Konzepte (die Informationsquellen in der Pflegepraxis) messen kann. Als Methode der Testung wurde die *Faktorenanalyse* gewählt. Dadurch soll festgestellt werden, ob die Dimensionen, die dem Konstrukt zugeordnet wurden, auch empirisch ermittelt werden können.

Der Fragebogen von Estabrooks et al. (2005), der als Grundlage für den hier verwendeten Fragebogen dient, stützt sich auf die vier Wissenskategorien der Pflegepraxis, die von Estabrooks et al. durch eine Qualitative Untersuchung („Sources of practice knowledge among nurses“, 2005), identifiziert wurden. Diese Wissenskategorien sind: „*social interaction*“ (soziale Interaktion als Wissensquelle), „*experiential knowledge*“ (Erfahrungswissen), „*documentary sources*“ (schriftliche Wissensquellen) und „*a priori knowledge*“ (a priori Wissen) (nähere Erläuterung dazu siehe theoretischer Teil, Kapitel 4). Die einzelnen Items (Item 1 bis Item 18) sollen diese Kategorien messen können. Die Ergebnisse der Faktorenanalyse der Hauptkomponenten mit Varimax-Rotation der ersten 18 Items zeigten (siehe dazu Tabelle 3), dass die Items sich auf 3 Dimensionen gruppieren: das *Erfahrungswissen* (Item 1 bis Item 5 und Item 9), die *soziale*

Interaktion als Wissensquelle (Item 6 bis Item 8 und Item 17) und die *schriftlichen Wissensquellen* (Item 10 bis Item 16 und Item 18). Dass Item 17 (Informationen aus dem Internet) sich zu den sozialen statt zu den schriftlichen (Estabrooks et al., 2005) Wissensquellen gruppiert, könnte dadurch erklärt werden, dass das Internet auch als Kommunikationsmedium verstanden werden kann. Die vierte theoretische Dimension, das a priori Wissen, wurde durch diese Items laut dieser Ergebnisse nicht expliziert gemessen. Da aber dieses Wissen mit den ersten Erfahrungen, dem Common Sense und den persönlichen Überzeugungen in Verbindung steht (Estabrooks et al., 2005), ist davon auszugehen, dass es in der Dimension des Erfahrungswissens beinhaltet ist (Item 9, die Grundausbildung, „ladet“ sich auf die Dimension des Erfahrungswissens). Das Item 10 (Informationen aus Weiterbildungen/Konferenzen) korreliert sehr hoch mit der Dimension der schriftlichen Wissensquellen (0,76), obwohl laut Estabrooks et al. (2005) diese Wissensquellen zu der „social interaction“ gehören. Die schriftlich festgehaltenen Inhalte dieser Weiterbildungen (schriftliche Unterlagen, Handouts, Mitschriften usw.) können jedoch als schriftliche Quellen angesehen werden.

Die Befunde der Faktorenanalyse (mit dem Drei-Dimensionen-Modell der pflegerischen Wissensquellen) ergaben eine erklärte Gesamtvarianz von 54,6%. Dieses Resultat erwies sich als konsistent mit Estabrooks et al. (2005) Vier-Dimensionen-Modell der pflegerischen Wissensquellen, welches die theoretische Grundlage dieser Studie bildet.

Tabelle 4: *Ergebnisse der Faktorenanalyse*

Item Nr.	Faktoren-Ladewert	Item
<i>Dimension 1: Erfahrungswissen</i>		
1	0,72	Informationen, die ich über jeden einzelnen Patienten erhalte
2	0,55	meine Intuition, was für die Patienten „richtig“ erscheint
3	0,77	meine persönliche Erfahrung in der Betreuung von Patienten
4	0,68	das, was sich für mich über Jahre bewährt hat
5	0,64	die Art, wie ich es immer gemacht habe
9	0,43	Informationen, die ich in meiner Grundausbildung erhielt
<i>Dimension 2: Soziale Interaktion als Wissensquelle</i>		
6	0,65	Informationen, die ich von Arbeitskollegen erhalte
7	0,82	das was Ärzte mit mir besprechen
8	0,63	neue Behandlungen und Medikamente, die ich kennen lerne, wenn sie von Ärzten für Patienten verordnet werden
17	0,57	Informationen aus dem Internet
<i>Dimension 3: schriftliche Wissensquellen</i>		
10	0,76	Informationen, die ich durch Teilnahme an Weiterbildungen/Konferenzen (Tagungen, Kongressen) erhalte
11	0,44	Informationen, die ich aus Richtlinien und Standards erhalte
12	0,64	Informationen, die ich von systematisch erhobenen Daten erhalte
13	0,81	Artikel aus ärztlichen Zeitschriften
14	0,90	Artikel aus pflegerischen Zeitschriften
15	0,88	Artikel aus pflegerischen Forschungszeitschriften
16	0,68	Informationen aus Lehrbüchern
18	0,66	Informationen aus den Medien

Trotz einer relativ kleinen Stichprobe (71) sind die Ergebnisse der Faktorenanalyse ziemlich eindeutig ausgefallen. Bei einer viel größeren Stichprobe ist mit einem noch überzeugenderen Endbefund zu rechnen.

3.2.2 Reliabilität

Bei dieser Studie wurde die *Homogenität* (interne Konsistenz) des Messinstruments mittels *Cronbach's Alpha* ermittelt. Dieser Test ergab einen Reliabilitätskoeffizienten (Alpha) von 0,85. Das hier eingesetzte Instrument ist demzufolge als ausreichend reliabel zu bezeichnen.

Für die Überprüfung der Stabilität und der Äquivalenz des Untersuchungsinstruments würden wiederholte Messungen, eine vergleichbare Variante des Instruments bzw. alternative Formen des Tests erforderlich sein (Problem der Ressourcen).

3.3 Itembeschreibung

3.3.1 Item 1

„Das Wissen, das ich in meiner Praxis verwende, stützt sich auf Informationen, die ich über jeden einzelnen Patienten erhalte.“

97,2% der Befragten haben diese Frage beantwortet. Daraus haben 44,9% die Skala mit 6 (immer), 34,8% die Skala mit 5 und 15,9% die Skala mit 4 bewertet. Keiner der Befragten hatte die Abstufungen 1 (nie) und 2 angekreuzt. Nur 4,3% der Befragten bewerteten die Skala mit 3. Es ergibt sich somit eine eindeutige rechtssteile Verteilung in den Antworten der Probanden. 79,7% der Befragten, fast 80% der Stichprobe, haben sich für die Bewertungen 5 und 6 entschieden (MW=5,2; M=5; fehlende Werte = 2,8%). Die Abbildung 13 zeigt die Verteilung der Bewertungen des Items 1.

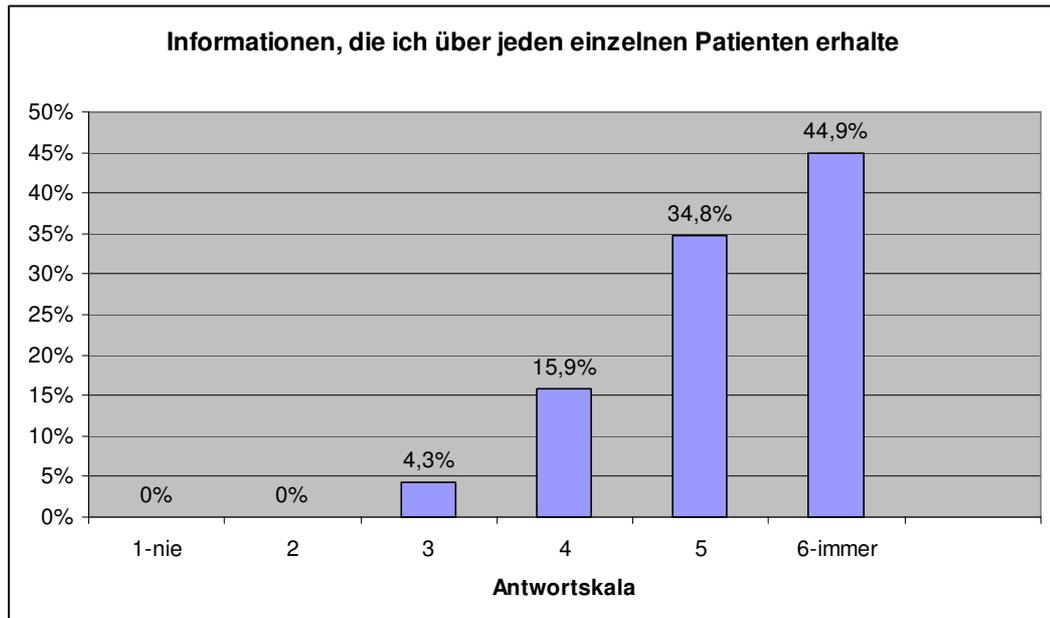


Abbildung 13: *Item 1: Informationen, die ich über jeden einzelnen Patienten erhalte – Verteilung der Bewertungen (in Prozent angegeben)*

3.3.2 Item 2

„Das Wissen, das ich in meiner Praxis verwende, stützt sich auf meine Intuition, was für die Patienten „richtig“ erscheint.“

98,6% der Befragten haben diese Frage beantwortet. Die zwei häufigsten Skalabewertungen lagen bei 4 (37,1%) und 5 (34,3%). 18,6% der Befragten bewerteten die Antwortskala mit 3. Die Skalabewertungen von 2 und 6 liegen bei nur je 4,3%, die von 1 bei geringen 1,4%. Auch dieses Item zeigt eine rechtssteile Verteilung der Antworten. (MW=4,11; M=4; fehlende Werte = 1,4%). Die Verteilung der Bewertungen des Items 2 ist in der Abbildung 14 dargestellt.

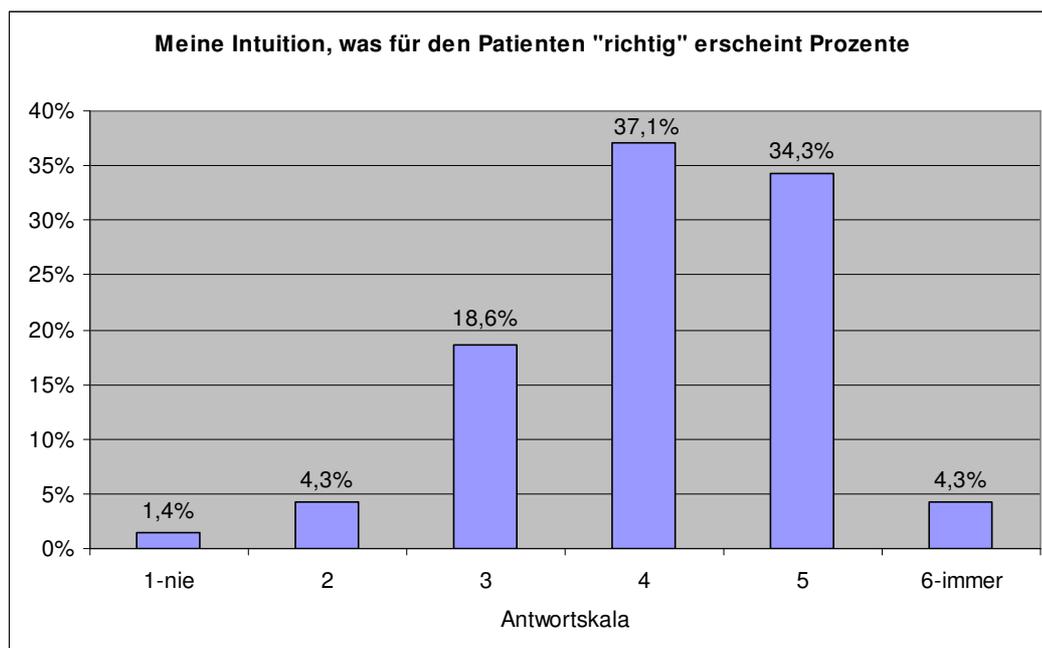


Abbildung 14: *Item 2: meine Intuition, was für den Patienten „richtig“ erscheint*
– Verteilung der Bewertungen (in Prozent angegeben)

3.3.3 Item 3

„Das Wissen, das ich in meiner Praxis verwende, stützt sich auf meine persönliche Erfahrung in der Betreuung von Patienten.“

Diese Frage wurde von allen Befragten beantwortet (100%). Auch hier ist eine klare rechtssteile Verteilung der Antworten sichtbar. 40,8% der Pflegenden haben die Frage mit 6 und fast genau so viele, 39,4%, haben die Frage mit 5 bewertet.

11,3 % der Pflegenden haben sich für die Bewertung 4 entschieden. 5,6% haben die Bewertung 3 und nur je 1,4% haben die Bewertungen 1 und 2 angegeben. (MW=5,08; M=5; fehlende Werte = 0%). Die Abbildung 15 stellt die Verteilung der Bewertungen des Items 3 dar.

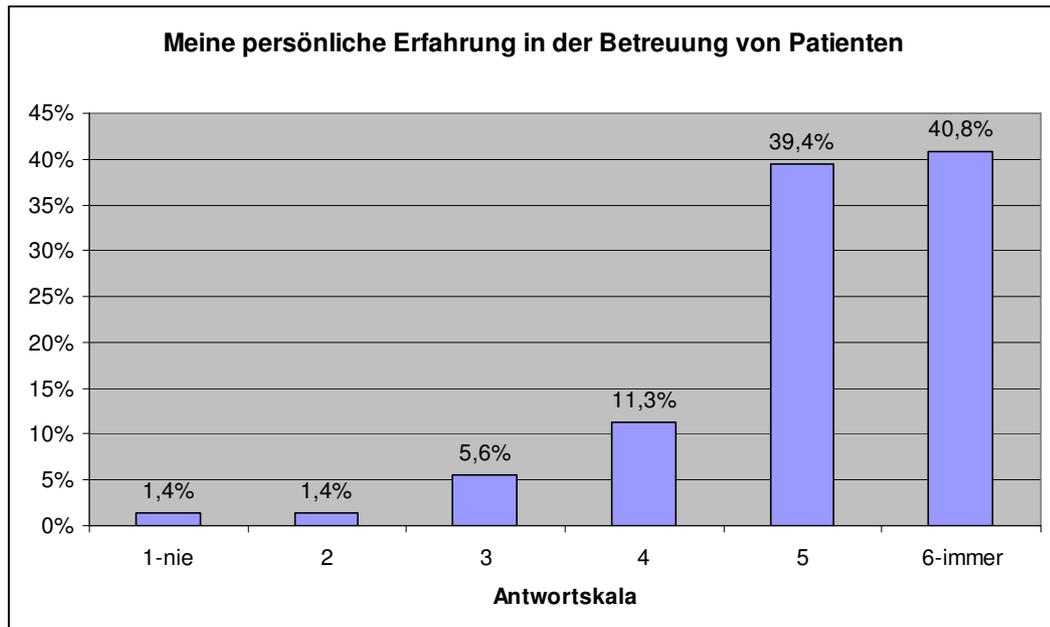


Abbildung 15: *Item 3: meine persönliche Erfahrung in der Betreuung von Patienten*
– Verteilung der Bewertungen (in Prozent angegeben)

3.3.4 Item 4

„Das Wissen, das ich in meiner Praxis verwende, stützt sich auf das, was sich für mich über Jahre bewährt hat.“

Diese Frage wurde von 97,2% der Befragten beantwortet. Davon haben die meisten die Bewertungen 5 (46,4%) und 4 (30,4%) angegeben. 11,6 % haben sich für die Bewertung 3 entschieden. Die restlichen Prozente der Stichprobe gaben in ihren Antworten die Bewertungen 6 (4,3%), 2 (5,8%) und 1 (1,4%) an. Bei diesem Item handelt es sich ebenfalls um eine rechtssteile Verteilung der Antworten (MW=4,28; M=5; fehlende Werte = 2,8%). Die Verteilung der Bewertungen des Items 4 ist in der Abbildung 16 dargestellt.



Abbildung 16: *Item 4: was sich für mich über Jahre bewährt hat – Verteilung der Bewertungen (in Prozent angegeben)*

3.3.5 Item 5

„Das Wissen, das ich in meiner Praxis verwende, stützt sich auf die Art, wie ich es immer gemacht habe.“

Dieses Item zeigt eine Tendenz zur Mitte, im Sinne einer Normalverteilung. 98,6% der Befragten haben diese Frage beantwortet. Die Extremkategorien 1 (5,7%) und 6 (0%) sind unterrepräsentiert. Die restlichen Antworten teilen sich zwischen den Kategorien 2 (22,9%) und 5 (11,4%) auf. Die mittleren Kategorien 4 (40%) und 3 (20%) sind am stärksten bei den Antworten vertreten (MW=3,29; M=4; fehlende Werte = 1,4%). Die Abbildung 17 stellt die Verteilung der Bewertungen des Items 5 dar.

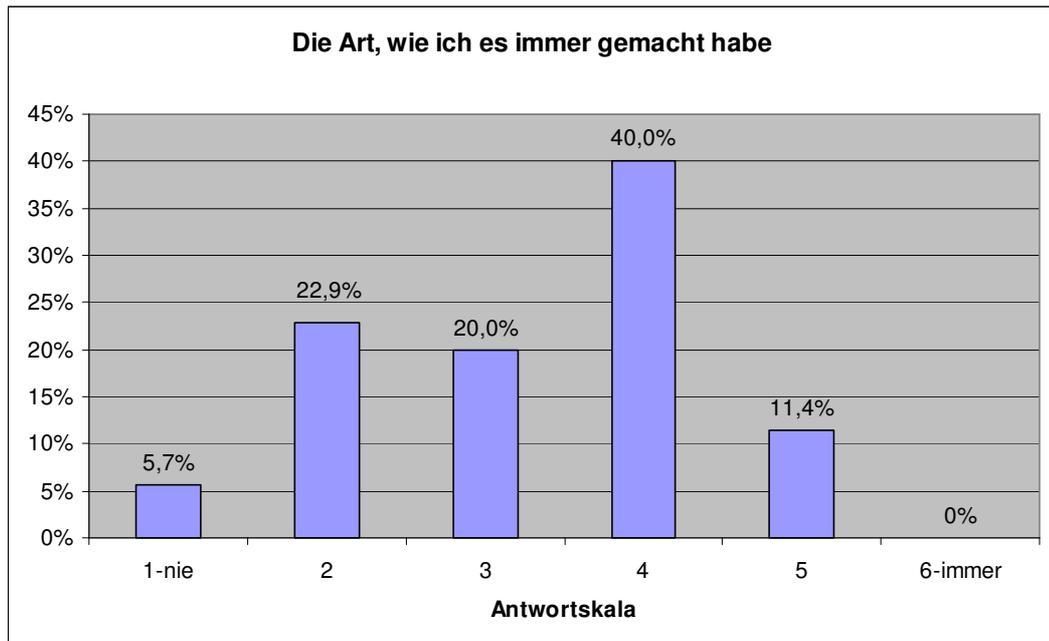


Abbildung 17: Item 5: die Art, wie ich es immer gemacht habe – Verteilung der Bewertungen (in Prozent angegeben)

3.3.6 Item 6

„Das Wissen, das ich in meiner Praxis verwende, stützt sich auf Informationen, die ich von Arbeitskollegen erhalte.“

Diese Frage wurde von allen Befragten beantwortet (100%). Die Kategorien 5 (39,4%) und 4 (33,8%) sind am stärksten vertreten, gefolgt von der Kategorie 3 (14,1%) und der Kategorie 6 (8,5%). Die Bewertung 2 wurde nur von 4,2% der Befragten angegeben, die Bewertung 1 wurde von keinem der Probanden angegeben. Auch hier handelt es sich um eine rechtssteile Verteilung der Antworten (MW=4,34; M=4; fehlende Werte = 0%). Die Abbildung 18 stellt die Verteilung der Bewertungen des Items 6 dar.

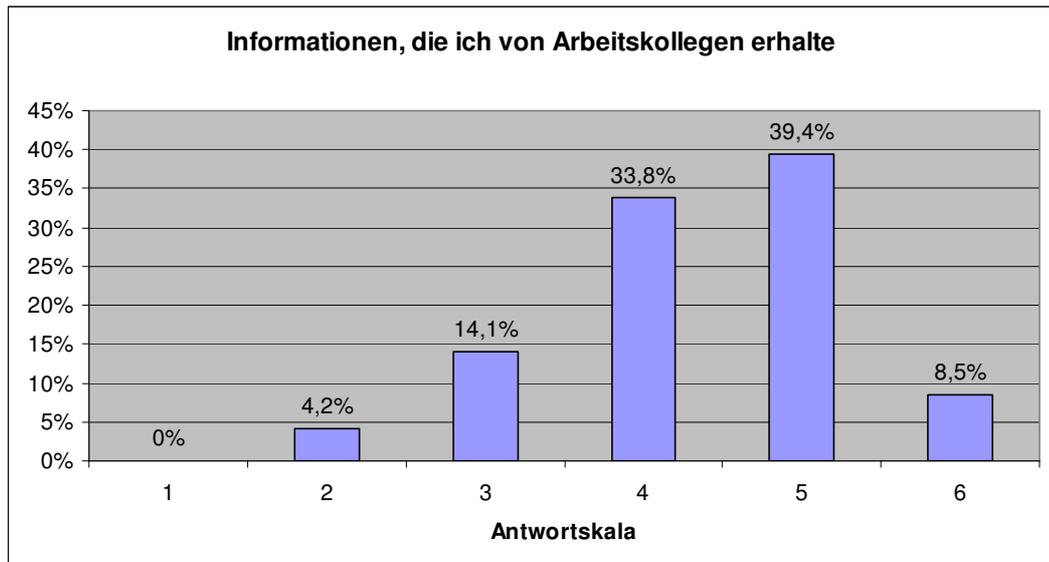


Abbildung 18: Item 6: Informationen, die ich von Arbeitskollegen erhalte – Verteilung der Bewertungen (in Prozent angegeben)

3.3.7 Item 7

„Das Wissen, das ich in meiner Praxis verwende, stützt sich auf das, was Ärzte mit mir besprechen.“

Dieses Item wurde von 98,6% der Befragten beantwortet. Davon haben fast die Hälfte (45,7%) die Bewertung 5 angegeben. 18,6% der Befragten haben sich für die Bewertung 6, 17,1 % für die Bewertung 3 und 11,4% für die Bewertung 4 entschieden. Die Kategorien 2 mit 5,7% und 1 mit 1,4% sind in dieser Stichprobe unterrepräsentiert. Daraus ergibt sich eine rechtssteile Verteilung der Antworten (MW=4,5; M=5; fehlende Werte = 1,4%). Die Abbildung 19 stellt die Verteilung der Bewertungen des Items 7 dar.

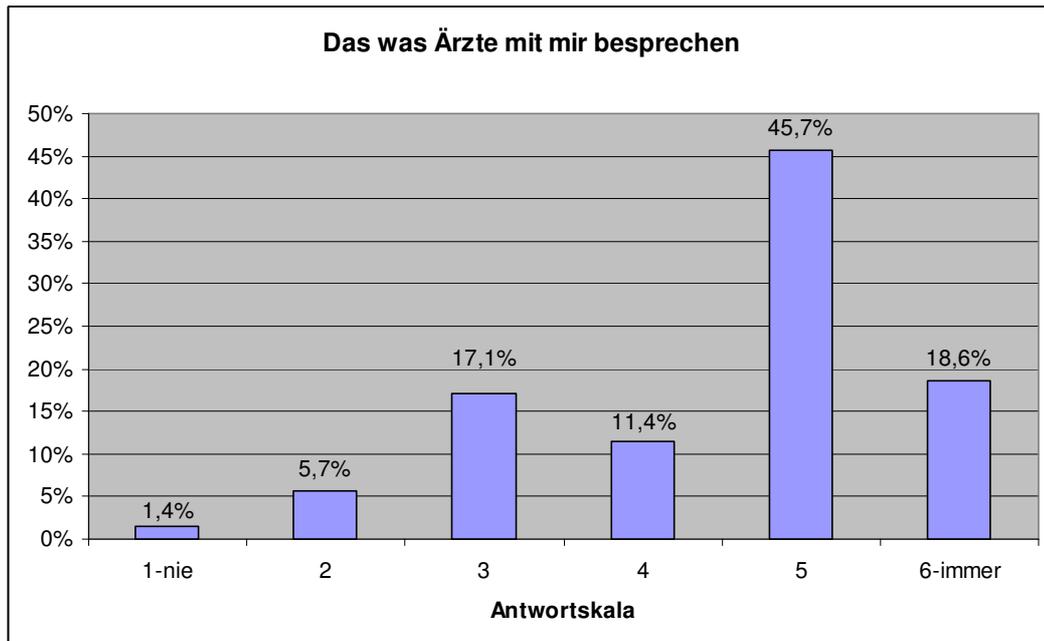


Abbildung 19: Item 7: das, was Ärzte mit mir besprechen – Verteilung der Bewertungen (in Prozent angegeben)

3.3.8 Item 8

„Das Wissen, das ich in meiner Praxis verwende, stützt sich auf neue Behandlungen und Medikamente, die ich kennen lerne, wenn sie von Ärzten für Patienten verordnet werden.“

95,8% der Befragten haben diese Frage beantwortet. Davon sind die Endkategorien 6 (8,8%) und 1 (0%) als auch die Kategorie 2 (7,4%) unterrepräsentiert. Die Antworten der Befragten konzentrieren sich auf die Mittelkategorien 4 (33,8%) und 3 (22,1%). Die Kategorie 5 mit 27,9% ist ebenfalls stärker vertreten und zieht die Verteilung nach rechts, wo die Bewertungen für die häufig verwendeten Wissensquellen in der Bewertungsskala liegen (MW=4,09; M=4; fehlende Werte = 4,2%). Die Abbildung 20 stellt die Verteilung der Bewertungen des Items 8 dar.

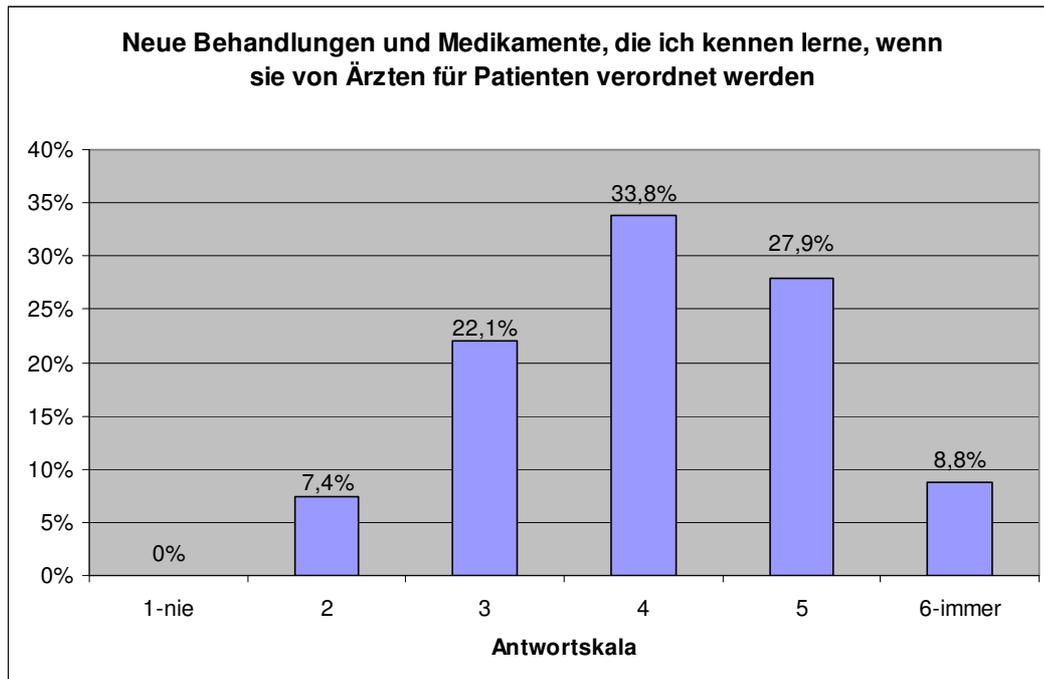


Abbildung 20: Item 8: neue Behandlungen und Medikamente, die ich kennen lerne, wenn sie von Ärzten für Patienten verordnet werden – Verteilung der Bewertungen (in Prozent angegeben)

3.3.9 Item 9

„Das Wissen, das ich in meiner Praxis verwende, stützt sich auf Informationen, die ich in meiner Grundausbildung erhielt.“

Bei diesem Item handelt es sich um eine rechtssteile Verteilung der Antworten. 98,6% der Befragten haben diese Frage beantwortet. Davon sind die zwei häufigsten angegebenen Bewertungen die 5 (34,3%) und die 6 (27,1%). Danach, in abfallender Reihenfolge, sind die Bewertungen 4 (18,6%), 3 (15,7%), 2 (2,9%) und 1 (1,4%) angegeben (MW=4,63; M=5; fehlende Werte = 1,4%). Die Abbildung 21 stellt die Verteilung der Bewertungen des Items 9 dar.

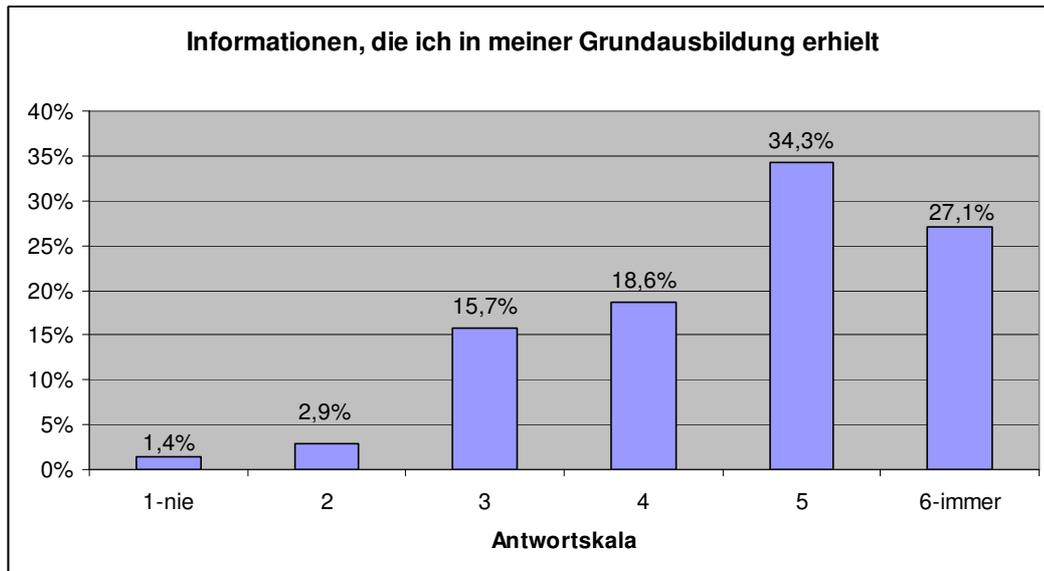


Abbildung 21: *Item 9: Informationen, die ich in meiner Grundausbildung erhielt*
– Verteilung der Bewertungen (in Prozent angegeben)

3.3.10 Item 10

„Das Wissen, das ich in meiner Praxis verwende, stützt sich auf Informationen, die ich durch Teilnahme an Weiterbildungen/Konferenzen (Tagungen, Kongressen) erhalte.“

Auch bei diesem Item ist eine rechtssteile Verteilung der Antworten zu beobachten. 98,6% der Befragten, die eine Antwort auf diese Frage geleistet haben, gaben am häufigsten die Bewertungen 5 (37,1%) und 4 (25,7%) an. Die Bewertung 6 ist mit 18,6% etwas weniger häufig angegeben als die Bewertung 5, ist aber dennoch die dritthäufigste Bewertung der Probanden. Die Bewertungen 3 (11,4%), 2 (7,1%) und 1 (0%) sind weniger häufig angegeben (MW=4,49; M=5; fehlende Werte = 1,4%). Die Abbildung 22 stellt die Verteilung der Bewertungen des Items 10 dar.

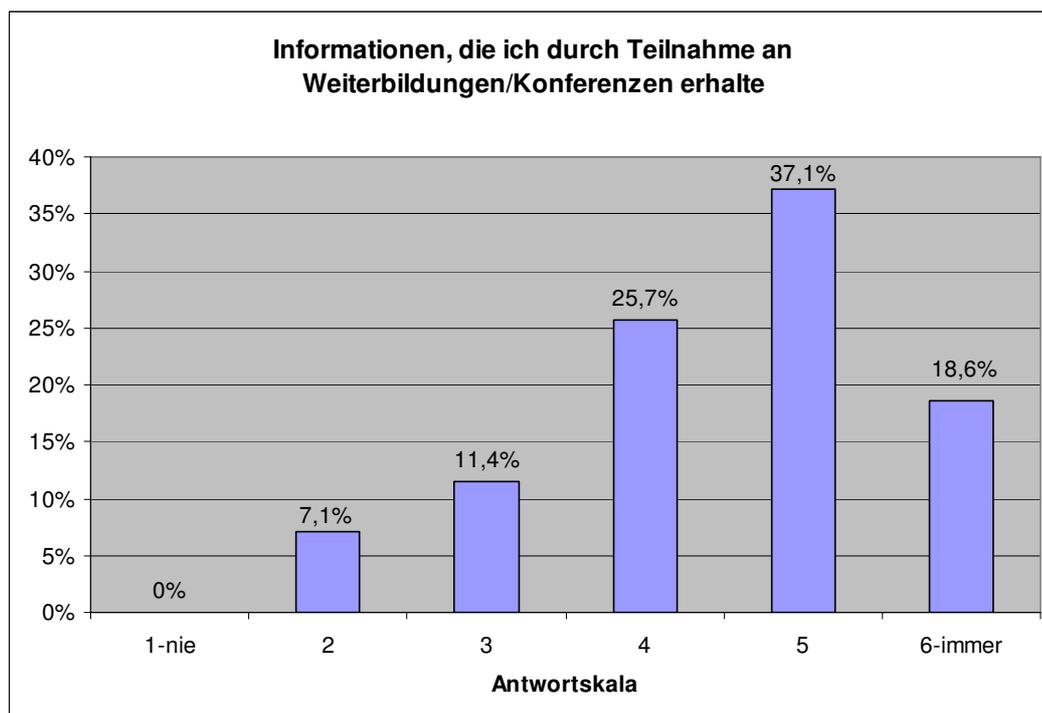


Abbildung 22: Item 10: Informationen, die ich durch Teilnahme an Weiterbildungen/Konferenzen erhalte – Verteilung der Bewertungen (in Prozent angegeben)

3.3.11 Item 11

„Das Wissen, das ich in meiner Praxis verwende, stützt sich auf Informationen, die ich aus Richtlinien und Standards erhalte.“

Dieses Item zeigt eine eindeutig rechtssteile Verteilung der Antworten, wobei die niedrigen Bewertungen 1 und 2 von keinem der Befragten angegeben wurden.

Auch die Bewertungen 3 (5,7%) und 4 (11,4%) sind eher spärlich in den Antworten der Pflegenden vertreten. Beeindruckend sind die 52,9% der Befragten, die sich für die Kategorie 6 (immer) entschieden haben. Auch die Kategorie 5 ist mit 30% der Antworten gut vertreten. Insgesamt haben 98,6% der Befragten diese Frage beantwortet (MW=5,3; M=6; fehlende Werte = 1,4%). Die Abbildung 23 stellt die Verteilung der Bewertungen des Items 11 dar.

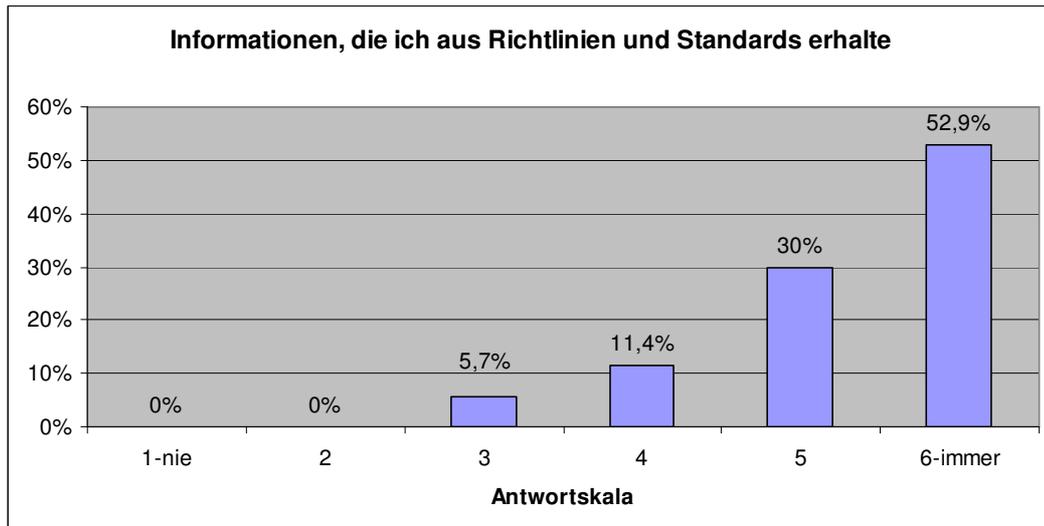


Abbildung 23: *Item 11: Informationen, die ich aus Richtlinien und Standards erhalte*
– Verteilung der Bewertungen (in Prozent angegeben)

3.3.12 Item 12

„Das Wissen, das ich in meiner Praxis verwende, stützt sich auf Informationen, die ich von systematisch erhobenen Daten erhalte (z.B. Sturzerfassung, Projektevaluation, etc.).“

Bei diesem Item sind alle Kategorien mit Ausnahme von 1 (0%) in etwa gleichem Maß (mit kleineren Schwankungen) in den Antworten der Probanden vertreten. Der Trend geht zu einer rechtssteilen Verteilung der Antworten hin. Die Kategorie 6 (14,3%) wurde eher weniger angegeben. Am häufigsten wurde die Kategorie 5 (24,3%), am zweithäufigsten die Kategorie 4 (22,9), am dritthäufigsten die Kategorie 3 (20%) und am vierthäufigsten die Kategorie 2 (18,6%) angegeben. Insgesamt haben 98,6% diese Frage beantwortet (MW=3,96; M=4; fehlende Werte = 1,4%). Die Abbildung 24 stellt die Verteilung der Bewertungen des Items 12 dar.

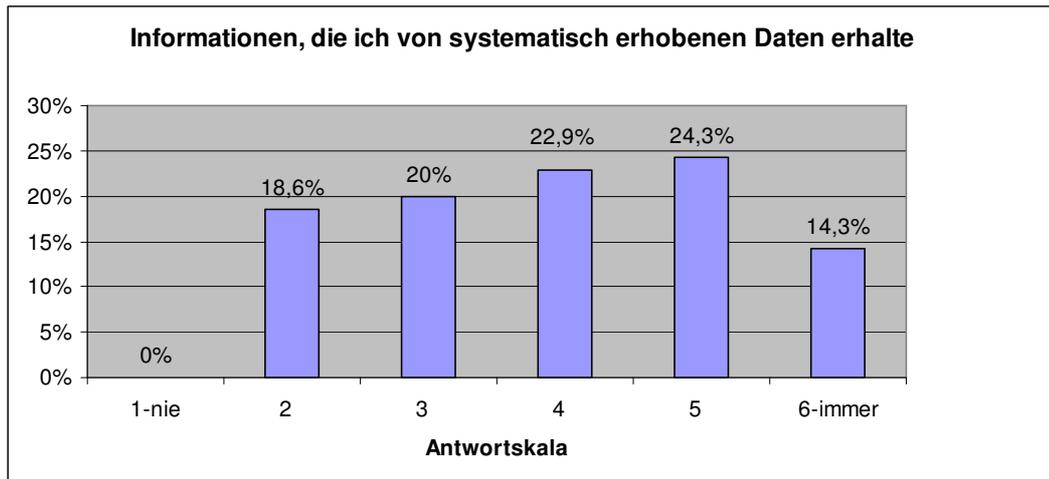


Abbildung 24: *Item 12: Informationen, die ich von systematisch erhobenen Daten erhalte*
– Verteilung der Bewertungen (in Prozent angegeben)

3.3.13 Item 13

„Das Wissen, das ich in meiner Praxis verwende, stützt sich auf Artikel aus ärztlichen Zeitschriften.“

Bei diesem Item handelt es sich um eine linkssteile Verteilung der Bewertungen. Die meisten Antworten der Befragten konzentrieren sich auf der linken Seite der Bewertungsskala: 1 mit 24,3%, 2 mit 31,4% (die am häufigsten angegebene Antwort überhaupt) und 3 mit 12,9%. Eine Ausnahme macht nur die Kategorie 4 mit 25,7%, was in etwa ein Viertel aller Antworten ausmacht. Die Kategorie 5 ist nur noch mit 5,7% in der Antwortskala repräsentiert und die Kategorie 6 (0%) wurde von keinem der Befragten angegeben. Insgesamt haben 98,6% der Pflegenden diese Frage beantwortet (MW=2,57; M=2; fehlende Werte = 1,4%). Die Abbildung 25 stellt die Verteilung der Bewertungen des Items 13 dar.

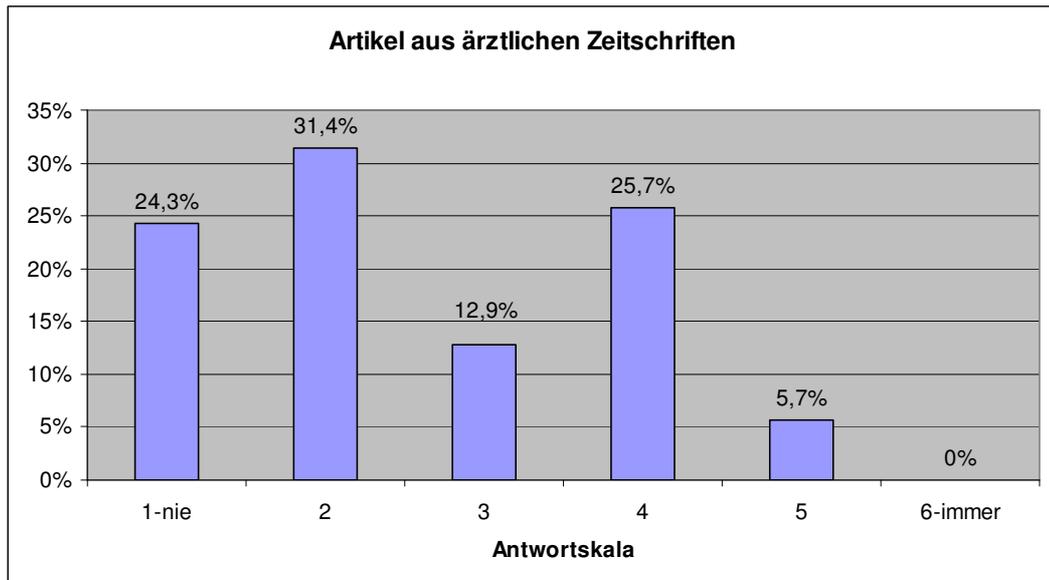


Abbildung 25: Item 13: Artikel aus ärztlichen Zeitschriften – Verteilung der Bewertungen (in Prozent angegeben)

3.3.14 Item 14

„Das Wissen, das ich in meiner Praxis verwende, stützt sich auf Artikel aus pflegerischen Zeitschriften (z.B. „Österr. Pflegezeitschrift“ des ÖGKV, etc.)“

Auch bei diesem Item geht die Tendenz zu einer linkssteilen Verteilung hin, wenn auch nicht ganz so eindeutig. Die häufigste Bewertung dieser Wissensquelle liegt bei 2 (32,9%), die zweithäufigste bei 4 (20%), die dritthäufigste bei 1 (17,1%) und 3 (ebenfalls 17,1%) und die vierthäufigste bei 5 (12,9%). Die Bewertung 6 wurde von keinem der Befragten vergeben. Insgesamt wurde diese Frage von 98,6% der Befragten bewertet (MW=2,79; M=2,5; fehlende Werte = 1,4%). Die Abbildung 26 stellt die Verteilung der Bewertungen des Items 14 dar.

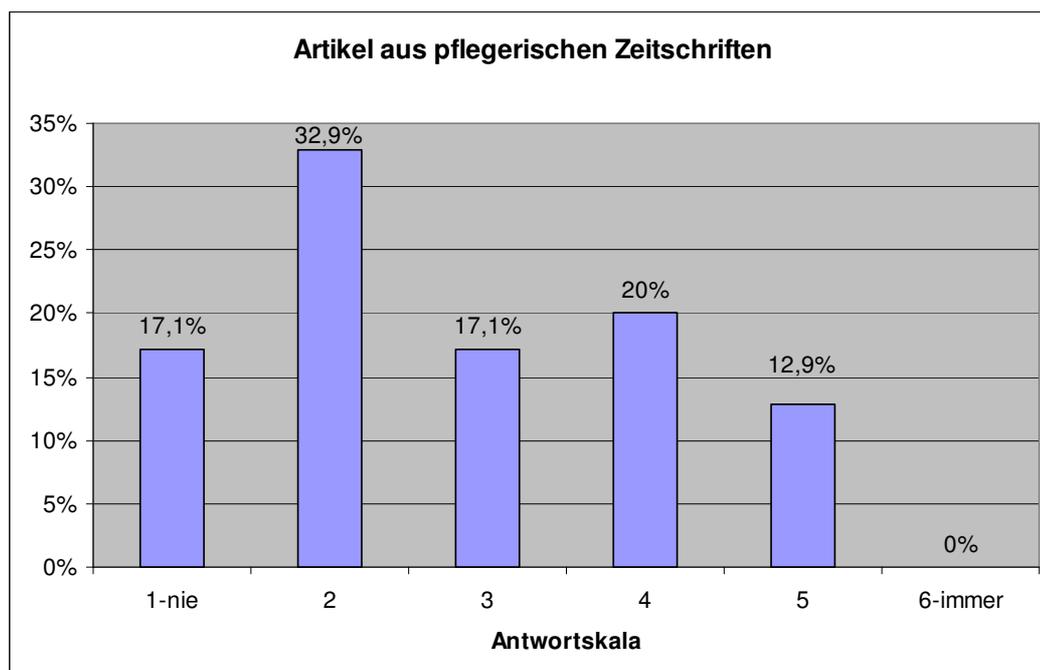


Abbildung 26: Item 14: Artikel aus pflegerischen Zeitschriften – Verteilung der Bewertungen (in Prozent angegeben)

3.3.15 Item15

„Das Wissen, das ich in meiner Praxis verwende, stützt sich auf Artikel aus pflegerischen Forschungszeitschriften (z.B. Zeitschrift „Pflegerische“, „Journal of Advanced Nursing“, etc.)“

Dieses Item zeigt ebenfalls eine linkssteile Verteilung der Antworten. Die häufigste Bewertung dieser Wissensquelle liegt bei 2 (31,4%), die zweithäufigste bei 1 (22,9%), die dritthäufigste bei 4 (20%), die vierthäufigste bei 3 (17,1%) und die fünfhäufigste bei 5 mit nur noch 8,6%. Die Bewertung 6 (0%) fällt auch bei dieser Frage aus. 98,6% der Befragten gaben bei diesem Item eine Antwort (MW=2,6; M=2; fehlende Werte = 1,4%). Die Abbildung 27 stellt die Verteilung der Bewertungen des Items 15 dar.

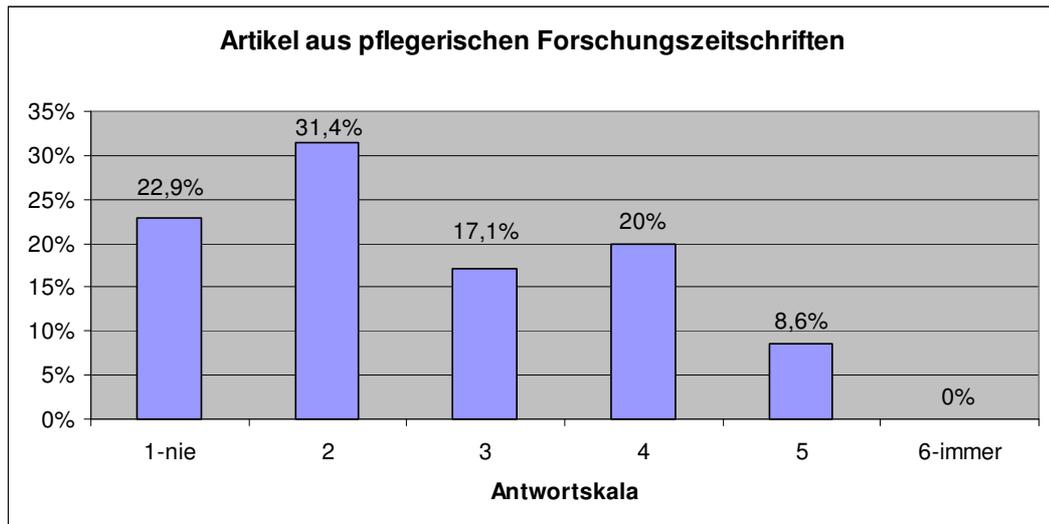


Abbildung 27: Item 15: Artikel aus pflegerischen Forschungszeitschriften – Verteilung der Bewertungen (in Prozent angegeben)

3.3.16 Item 16

„Das Wissen, das ich in meiner Praxis verwende, stützt sich auf Informationen aus Lehrbüchern.“

Dieses Item zeigt wieder eine Tendenz zur Mitte der Antwortskala. Die Bewertungen konzentrieren sich auf die mittleren Kategorien wie 3 (27,5%) - die häufigste Bewertung dieser Wissensquelle, 4 und 5 mit je 23,2% und 2 mit 17,4%. Die Extremkategorien 1 und 6 sind nur noch mit je 4,3% in dieser Stichprobe repräsentiert. 97,2% der Befragten haben diese Frage beantwortet (MW=3,57; M=4; fehlende Werte = 2,8%). Die Abbildung 28 stellt die Verteilung der Bewertungen des Items 16 dar.

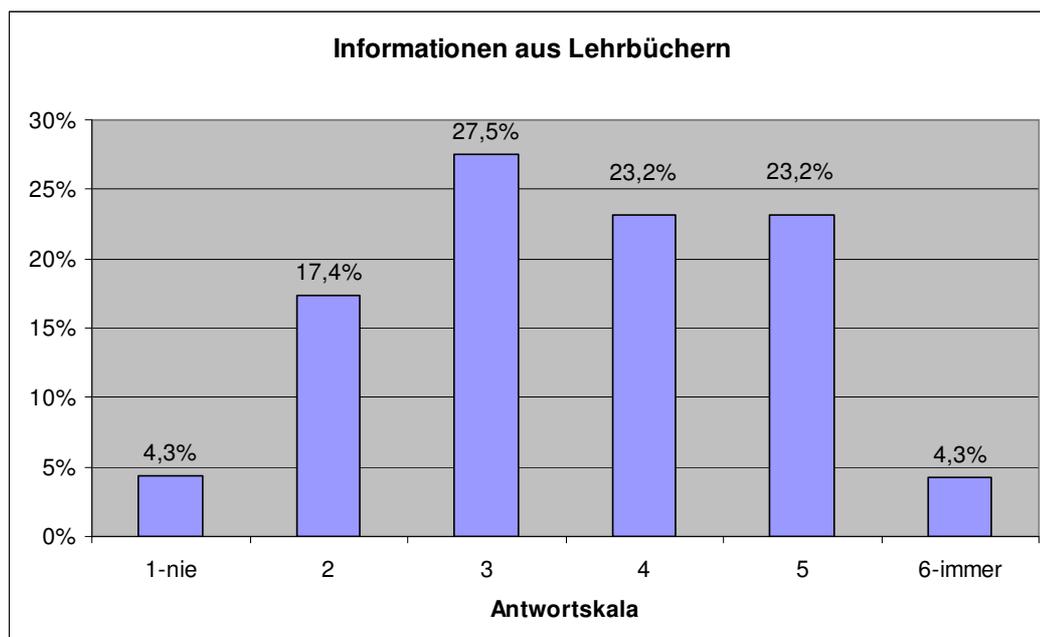


Abbildung 28: *Item 16: Informationen aus Lehrbüchern – Verteilung der Bewertungen (in Prozent angegeben)*

3.3.17 Item 17

„Das Wissen, das ich in meiner Praxis verwende, stützt sich auf Informationen aus dem Internet.“

Auch bei diesem Item ist eine gewisse Tendenz zur Mitte der Antwortskala zu beobachten. Die häufigste Bewertung dieser Wissensquelle liegt allerdings hier bei 5 (24,3%). Die zweithäufigste Bewertung liegt bei 3 und 4 mit jeweils 22,9%, die dritthäufigste mit 18,6% bei 2, die vierthäufigste bei 1 mit 7,1% und die seltenste Bewertung dieser Stichprobe liegt bei 6 mit nur 4,3%. 98,6% der Befragten haben diese Frage beantwortet (MW=3.51; M=4; fehlende Werte = 1,4%). Die Abbildung 29 stellt die Verteilung der Bewertungen des Items 17 dar.

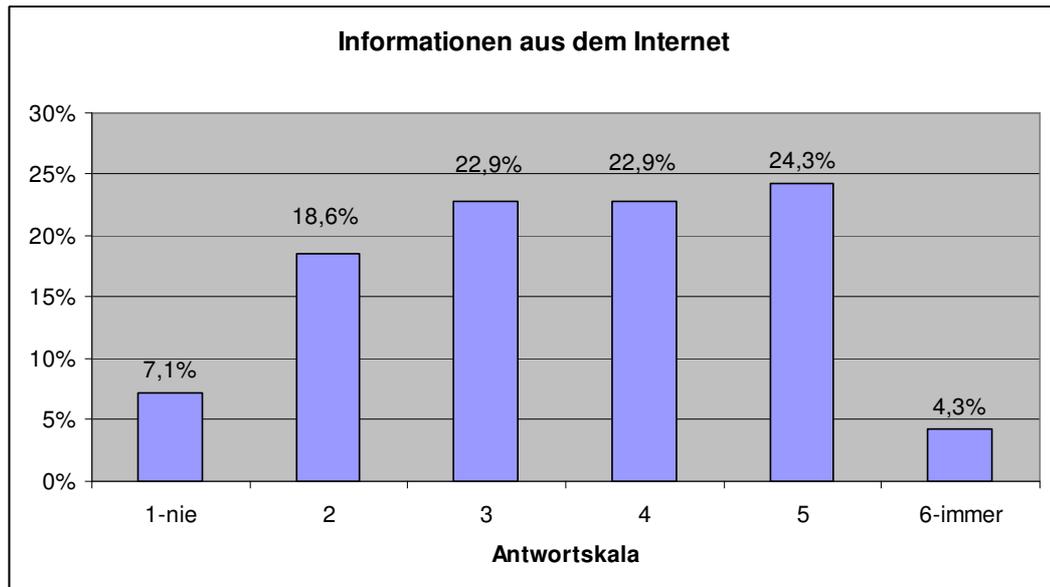


Abbildung 29: Item 17: Informationen aus dem Internet – Verteilung der Bewertungen (in Prozent angegeben)

3.3.18 Item18

„Das Wissen, das ich in meiner Praxis verwende, stützt sich auf Informationen aus den Medien (z.B. Magazine, Fernseher, etc.)“

Dieses Item zeigt eine linkssteile Verteilung der Antwortskala dieser Stichprobe. 98,6% der Befragten haben diese Frage beantwortet, davon haben sich über die Hälfte der Pflegenden (60%) für die Bewertungen 1 (21,4%) und 2 (38,6% - die häufigste Bewertung) entschieden. Weitere 17,1% haben sich für die Kategorie 3, 12,9% für die Kategorie 4 und 10% für die Kategorie 5 entschieden. Keiner der Befragten hatte die Kategorie 6 ausgesucht (MW=2,51; M=2; fehlende Werte = 1,4%). Die Abbildung 30 stellt die Verteilung der Bewertungen des Items 18 dar.

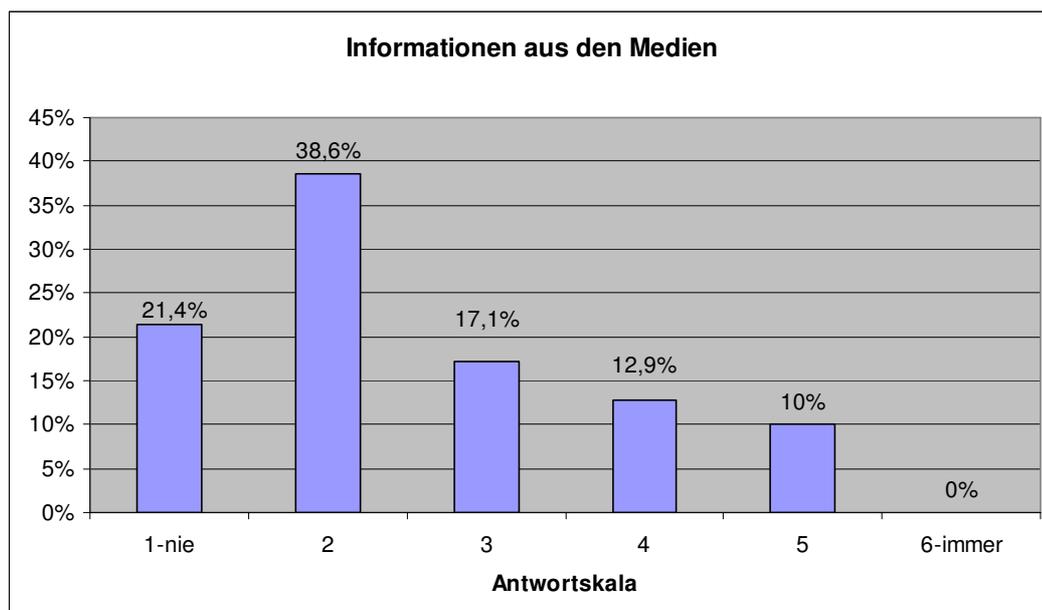


Abbildung 30: *Item 18: Informationen aus den Medien – Verteilung der Bewertungen (in Prozent angegeben)*

3.3.19 Rankingfrage

„Welche der obigen Informationsquellen sind für Dich im Pflegealltag besonders wichtig? Bitte nenne mir die drei wichtigsten mit der Nummer der Informationsquelle.“

3.3.19.1 Die wichtigste Informationsquelle:

Diese Frage wurde von 93% der Befragten beantwortet (fehlende Werte = 7%). Davon haben 31,8% der Pflegenden die Informationsquelle Nr. 1 (Item 1: *Informationen über jeden einzelnen Patienten*) als Antwort angegeben. Auf den zweiten Platz der wichtigsten Informationsquelle kam mit 22,7% das Item 3 (*die persönliche Erfahrung*) und auf den dritten Platz kamen gemeinsam mit je 10,6% die Items 9 (*Informationen aus der Grundausbildung*) und 11 (*Informationen aus Richtlinien und Standards*) (siehe dazu Abbildung 31). Andere genannte wichtige Items sind in dieser Stichprobe: Item 2 (die Intuition) mit 4,5%, Item 4 (was sich über Jahre bewährt hat) mit 3%, Item 6 (Arbeitskollegen) mit 6,1%, Item 7 (Gespräche mit Ärzten) mit 3%, Item 8 (ärztliche Anordnungen) mit 1,5%, Item 10 (Weiterbildungen/Konferenzen) mit 3%, Item 12 (die systematisch erhobenen Daten) mit 1,5% und Item 16 (Lehrbücher) mit 1,5%.

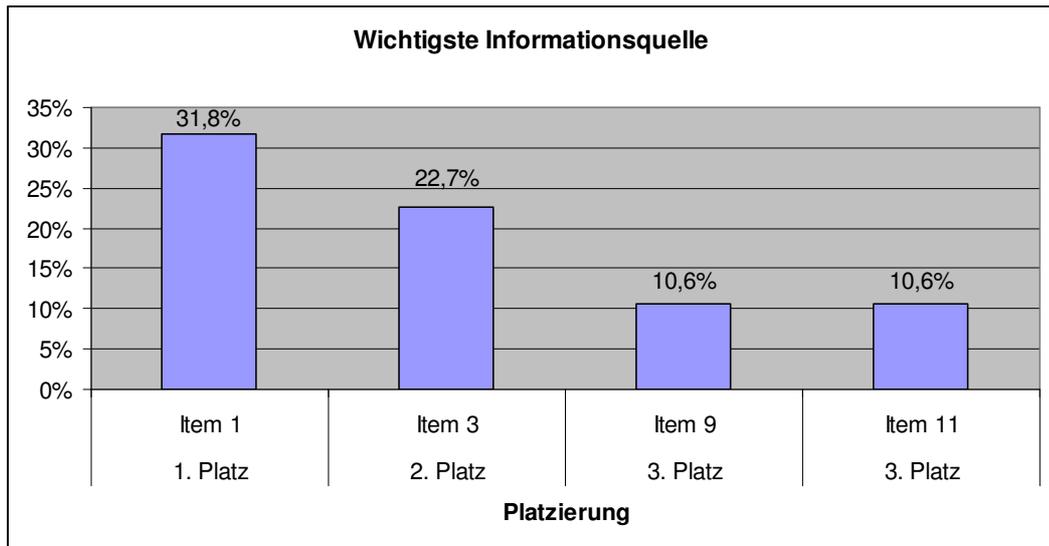


Abbildung 31: Die ersten drei Platzierungen der wichtigsten Informationsquellen (in Prozent angegeben)

Legende:

Item 1: *Informationen über jeden einzelnen Patienten*

Item 3: *die persönliche Erfahrung*

Item 9: *Informationen aus der Grundausbildung*

Item 11: *Informationen aus Richtlinien und Standards*

3.3.19.2 Die zweitwichtigste Informationsquelle

Diese Frage wurde von 93% der Befragten beantwortet (fehlende Werte = 7%). Davon haben sich 28,8% der Pflegenden für die Informationsquelle Nr. 11 (Item 11: *Richtlinien und Standards*) entschieden. Weitere 19,7% haben sich für die Informationsquelle Nr. 3 (Item 3: *die persönliche Erfahrung*) entschieden und 10,6% der Befragten haben das Item 6 (*Arbeitskollegen*) ausgesucht (siehe Abbildung 32). Knapp hinter Item 6 reiht sich Item 1 (Informationen über jeden einzelnen Patienten) mit 9,1%. Die anderen genannten Items sind in dieser Stichprobe: Item 2 (die Intuition) mit 6,1%, Item 4 (was sich über Jahre bewährt hat) mit 3%, Item 5 (die Art wie es immer gemacht wird) mit 1,5%, Item 7 (Gespräche mit Ärzten) mit 1,5%, Item 9 (die Grundausbildung) mit 7,6%, Item 10 (Weiterbildungen/Konferenzen) mit 6,1% und Item 12 (die systematisch erhobenen Daten) mit 6,1%.

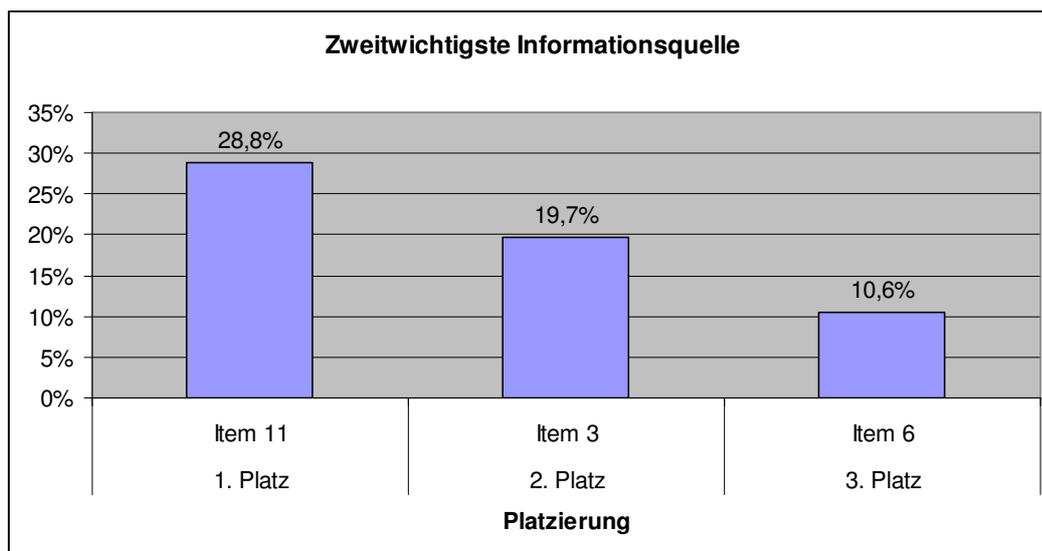


Abbildung 32: Die ersten drei Platzierungen der zweitwichtigsten Informationsquelle (in Prozent angegeben)

Legende für Abbildung 26:

Item 11: *Informationen aus Richtlinien und Standards*

Item 3: *die persönliche Erfahrung*

Item 6: *Informationen von Arbeitskollegen*

3.3.19.3 Die drittwichtigste Informationsquelle

Diese Frage wurde von 93% der Befragten beantwortet (fehlende Werte = 7%). Die Verteilung der drei ersten Plätze geht in absteigender Reihenfolge an Item 3 (*die persönliche Erfahrung*) mit 18,2%, Item 11 (*Richtlinien und Standards*) mit 15,2% und den dritten Platz teilen sich Item 6 (*Arbeitskollegen*) und Item 10 (*Weiterbildungen/Konferenzen*) mit je 12,1%. Die Unterschiede zwischen den ersten Rangstellen sind bei dieser Frage nicht allzu groß, es handelt sich lediglich nur um einige wenige Prozente (siehe dazu Abbildung 33). Andere genannte Items sind: Item 1 (Informationen über jeden einzelnen Patienten) mit 9,1%, Item 2 (die Intuition) mit 1,5%, Item 4 (was sich über Jahre bewährt hat) mit 4,5%, Item 7 (Gespräche mit Ärzten) mit 6,1%, Item 8 (ärztliche Anordnungen) mit 4,5%, Item 9 (die Grundausbildung) mit 6,1%, Item 16 (Lehrbücher) mit 6,1% und Item 17 (das Internet) mit 4,5%.

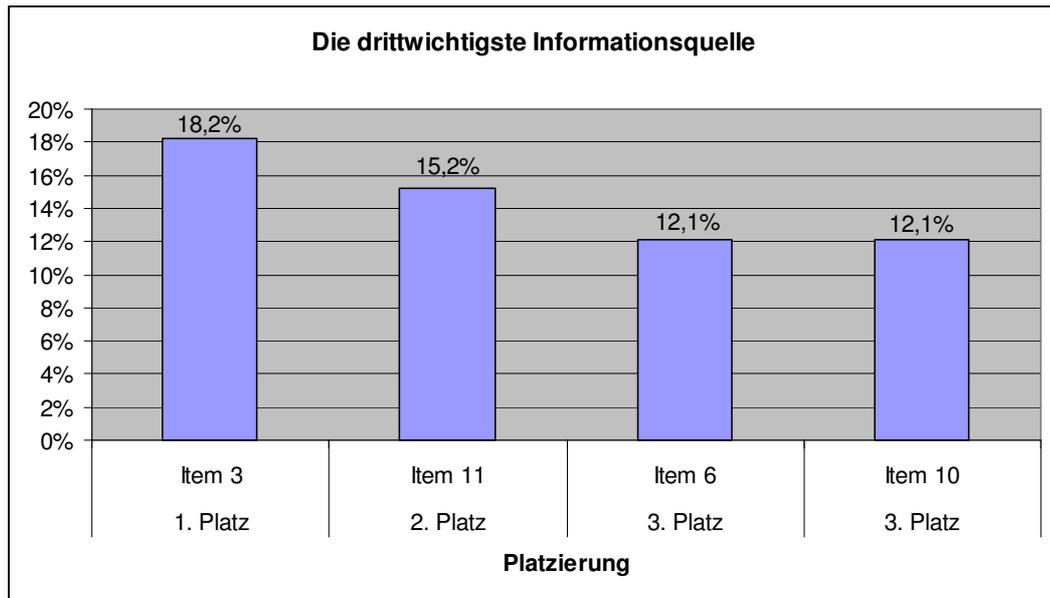


Abbildung 33: Die ersten drei Platzierungen der drittichtigsten Informationsquelle (in Prozent angegeben)

Legende für Abbildung 27:

Item 3: *die persönliche Erfahrung*

Item 11: *Informationen aus Richtlinien und Standards*

Item 6: *Informationen von Arbeitskollegen*

Item 10: *Weiterbildungen/Konferenzen*

Folgende *Items* wurden bei der Rankingfrage *kein einziges Mal genannt*:

Item 13: *Artikel aus ärztlichen Zeitschriften*

Item 14: *Artikel aus pflegerischen Zeitschriften*

Item 15: *Artikel aus pflegerischen Forschungszeitschriften*

Item 18: *Informationen aus den Medien. (z.B. Magazine, Fernseher, etc.)*

3.4 Zusammenhänge zwischen Informationsquellen und Hintergrunddaten

3.4.1 Vorbereitung der Daten

Um mögliche Zusammenhänge zwischen den Informationsquellen und den Hintergrunddaten aufzudecken wurden zunächst die Hintergrunddaten kategorisiert. Eine Kategorisierung der Daten erschien sinnvoll, um bei der relativ geringen Stichprobengröße (71) und somit wenigen Fällen pro Eigenschaft (Alter, Anstellungsgrad, Berufserfahrung etc.) der Probanden Tendenzen stärker sichtbar

zu machen. Selbstverständlich müssen die gefundenen Ergebnisse demzufolge mit Vorsicht gesehen und interpretiert werden.

Die Daten wurden folgendermaßen den Kategorien zugeordnet:

**Alter:*

- Kategorie 1: 22 bis 29 Jahre (35,7% aller Fälle)
- Kategorie 2: 30 bis 39 Jahre (32,9% aller Fälle)
- Kategorie 3: 40 bis 54 Jahre (31,6% aller Fälle)

**Geschlecht:*

- Kategorie 1: weiblich (95,7% aller Fälle)
- Kategorie 2: männlich (4,3% aller Fälle)

**Anstellungsgrad:*

- Kategorie 1: Vollzeit (51,4% aller Fälle)
- Kategorie 2: Teilzeit (48,6% aller Fälle)

**Berufserfahrung:*

- Kategorie 1: 1 bis 5 Jahre (30% aller Fälle)
- Kategorie 2: 6 bis 10 Jahre (20% aller Fälle)
- Kategorie 3: 11 bis 20 Jahre (32,9% aller Fälle)
- Kategorie 4: 21 bis 36 Jahre (17% aller Fälle)

**Weiterbildungen:*

- Kategorie 1: angegeben (36,6% aller Fälle)
- Kategorie 2: nicht angegeben (63,4% aller Fälle)

Folgende Überlegungen wurden bei der Gruppenbildung berücksichtigt:

- bei den einzelnen Hintergrunddaten möglichst gleichgroße Gruppen zu bilden, um die Gruppen vergleichbar zu machen
- sinnvolle Gruppierung: Bildung von Gruppen mit gleichen oder ähnlichen Eigenschaften für eine bessere Vergleichbarkeit

Als Nächstes wurden die Antwortskalen der 18 Items (der erfragten Informationsquellen) von 6 Abstufungen auf zwei Eigenschaften (*selten* und *häufig*) zusammengefasst. Damit sollten die einzelnen Fälle (vorliegende große Varianz der Bewertungen bei relativ kleiner Stichprobe ergeben wenige Fälle pro Bewertung) zusammengefasst werden, um mehr Fälle pro Eigenschaft zu ermöglichen. Diese Maßnahme soll vorhandene Tendenzen stärker betonen und sichtbar machen. Die Antwortskalen wurden auf die zwei Eigenschaften *selten*

(beinhaltend die Abstufungen 1,2 und 3) und *häufig* (beinhaltend die Abstufungen 4,5 und 6) reduziert. Auch in diesem Fall soll bei den Ergebnissen diese Maßnahme berücksichtigt werden.

Anmerkung:

Ein Geschlechtervergleich ist aufgrund der klar überwiegenden Mehrheit (95,7%) der weiblichen Pflegepersonen in dieser Stichprobe somit nicht möglich.

3.4.2 Signifikanztest

Um signifikante Zusammenhänge zwischen den erfragten Informationsquellen und den angegebenen Hintergrunddaten zu überprüfen, wurden die Daten mittels Kreuztabellen zusammengeführt und der *Chi-Quadrat* als Prüfgröße errechnet. Das *Signifikanzniveau* der Prüfgröße wurde bei 0,05 festgelegt. Bei einer Signifikanz des Chi-Quadrats kleiner als 0,05 wurde ein Zusammenhang zwischen den zwei Variablen (Informationsquelle und Hintergrunddaten) angenommen.

3.4.2.1 Zusammenhang Informationsquellen und Alter

Es besteht ein signifikanter Unterschied zwischen *Item 5* („die Art, wie ich es immer gemacht habe“) und *Alter* ($X^2 = 6,175$; $df=2$; $p=0,046$).

Wie die Tabelle 4 zeigt, wird diese Informationsquelle von jungen Pflegepersonen (Alterskategorie 1) seltener verwendet (66,7%) als von älteren Pflegenden. Am häufigsten wird diese Wissensquelle in der Praxis von der Alterskategorie 2 verwendet (69,6%).

Tabelle 5: Zusammenhang *Item 5* (die Art wie es immer gemacht wird) und Alterskategorien

Items 5 (die Art wie es immer gemacht wird)		Alterskategorien (Jahre)			Gesamt
		Kategorie 1: 22 bis 29	Kategorie 2: 30 bis 39	Kategorie 3: 40 bis 54	
selten	Anzahl	16	7	11	34
	Prozent	66,7%	30,4%	50,0%	49,3%
häufig	Anzahl	8	16	11	35
	Prozent	33,3%	69,6%	50,0%	50,7%
Gesamt	Anzahl	24	23	22	69
	Prozent	100%	100%	100%	100%

Ein weiterer signifikanter Zusammenhang besteht zwischen *Item 12* („Informationen, die ich von systematisch erhobenen Daten erhalte“) und *Alter* ($X^2 = 6,968$; $df=2$; $p=0,031$). Die Tabelle 5 zeigt, dass junge Pflegende (Kategorie 1) diese Informationsquelle seltener in der Praxis anwenden (58,3%) als ältere Pflegende. Am häufigsten wird diese Wissensquelle von der Alterskategorie 3 (77,3%) verwendet.

Tabelle 6: Zusammenhang *Item 12* (die systematisch erhobenen Daten) und Alterskategorien

Items 12 (die systematisch erhobene Daten)		Alterskategorien (Jahren)			Gesamt
		Kategorie 1: 22 bis 29	Kategorie 2: 30 bis 39	Kategorie 3: 40 bis 54	
selten	Anzahl	14	7	5	26
	Prozent	58,3%	30,4%	22,7%	37,7%
häufig	Anzahl	10	16	17	43
	Prozent	41,7%	69,6%	77,3%	62,3%
Gesamt	Anzahl	24	23	22	69
	Prozent	100%	100%	100%	100%

Bei den anderen Items bzw. Informationsquellen gibt es keine signifikanten Zusammenhänge mit dem Alter der Pflegenden.

3.4.2.2 Zusammenhang Informationsquellen und Anstellungsgrad

Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen *Item 2* („meine Intuition, was für die Patienten „richtig“ erscheint“) und *Anstellungsgrad* ($X^2 = 4,099$; $df=1$; $p=0,043$). Wie in Tabelle 6 ersichtlich, wird diese Informationsquelle von der Gruppe der Vollzeitbeschäftigten öfters verwendet (85,7%) als von der Gruppe der Teilzeitbeschäftigten.

Tabelle 7: Zusammenhang Item 2(die Intuition) und Anstellungsgrad

Item 2 (die Intuition)		Anstellungsgrad		Gesamt
		Vollzeit	Teilzeit	
selten	Anzahl	5	12	17
	Prozent	14,3%	35,3%	24,6%
häufig	Anzahl	30	22	52
	Prozent	85,7%	64,7%	75,4%
Gesamt	Anzahl	35	34	69
	Prozent	100%	100%	100%

Es gibt keine weiteren signifikanten Zusammenhänge zwischen den Informationsquellen und dem Anstellungsgrad.

3.4.2.3 Zusammenhang Informationsquellen und Berufserfahrung

Ein signifikanter Unterschied ergibt sich zwischen *Item 9* („Informationen, die ich in meiner Grundausbildung erhielt“) und der *Berufserfahrung* ($X^2 = 9,313$; $df=3$; $p=0,025$). Wie Tabelle 7 zeigt, wird diese Informationsquelle bei noch relativ unerfahrenen Pflegepersonen (Kategorie 1) immer verwendet (100%). Bei der Kategorie 2 und 3 sinkt die Häufigkeit der Verwendung dieser Informationsquelle ein wenig. Letztlich bei den sehr erfahrenen Pflegepersonen (Kategorie 4) wird ihre Wichtigkeit wieder bedeutsamer. Diese Pflegenden geben an, diese Wissensquelle sehr häufig in der Praxis (83,3%) anzuwenden.

Tabelle 8: Zusammenhang Item 9(die Grundausbildung) und Berufserfahrung in Jahren

Item 9: die Grundausbildung		Berufserfahrung (in Jahre)				Gesamt
		Kategorie1: 1 bis 5	Kategorie2: 6 bis 10	Kategorie3: 11 bis 20	Kategorie4: 21 bis 36	
selten	Anzahl	0	4	8	2	14
	Prozent	0%	30,8%	34,8%	16,7%	20,3%
häufig	Anzahl	21	9	15	10	55
	Prozent	100%	69,2%	65,2%	83,3%	79,7%
Gesamt	Anzahl	21	13	23	12	69
	Prozent	100%	100%	100%	100%	100%

Bei den anderen Informationsquellen gibt es keine signifikanten Zusammenhänge mit der Berufserfahrung.

3.4.2.4 Zusammenhang Informationsquellen und Weiterbildung

Bei dieser Stichprobe haben sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen den Informationsquellen und Weiterbildungen/Zusatzausbildungen ergeben.

3.5 Interpretation/Diskussion der Ergebnisse

Tabelle 8 zeigt eine Zusammenfassung der Ergebnisse hinsichtlich der Verwendung pflegerischer Wissensquellen in der Praxis. Um einen besseren Überblick über die von Pflegenden häufig verwendeten Wissensquellen zu bekommen, wurden nochmals die Ergebnisse der Abstufungen 4,5 und 6 der Bewertungsskala, die auf eine hohe Häufigkeit hinweisen, in einen Prozentwert (Summe der einzelnen Prozente der jeweiligen Abstufungen) zusammengefasst. In Tabelle 9 werden diese Werte für jedes einzelne Item (Wissensquelle) in absteigender Reihenfolge präsentiert. Dadurch wird sichtbar, dass Pflegende in ihrer Arbeitspraxis folgende Wissensquellen am häufigsten verwenden:

1.Informationen über jeden einzelnen Patienten (95,7%), 2.Informationen aus Richtlinien und Standards (94,3%) und 3.die persönliche Erfahrung in der Betreuung von Patienten (91,5%). Diese drei Wissensquellen sind genau in dieser Reihenfolge die gleichen, die bei der Rankingfrage von Pflegenden (die drei wichtigsten Wissensquellen) angegeben wurden. *Die drei wichtigsten Wissensquellen erwiesen sich als: 1.Informationen über jeden einzelnen Patienten (31,8%), 2.Informationen aus Richtlinien und Standards (28,2%) und 3. die persönliche Erfahrung in der Betreuung von Patienten (18,2%).* Die Höhe der Prozentsätze ist bei der Wichtigkeitsfrage eher bescheiden. Grund dafür ist, dass die drei wichtigsten Plätze immer wieder von gleichen oder auch anderen Wissensquellen geteilt werden. Eine Ausnahme bildet nur Item 1 (Information über jeden einzelnen Patienten), der nur als wichtigste Wissensquelle genannt wurde und hier auch die meisten „Stimmen“, wenn auch nicht die absolute Mehrheit, bekommen hat. Item 11 (Informationen aus Richtlinien und Standards) und Item 3 (die persönliche Erfahrung in der Betreuung von Patienten) werden mehrfach unter die drei wichtigsten Wissensquellen genannt. Weiters werden

Informationsquellen wie: *Arbeitskollegen, Grund- und Weiterbildung* ebenfalls als sehr wichtig eingestuft (siehe dazu die Ergebnisse der Rankingfrage bei Kapitel 3.3.19).

Andere Informationsquellen, die in der Praxis ebenfalls häufig verwendet werden, sind: die Arbeitskollegen (81,7%), Weiterbildungen (81,4%), das was sich über Jahre bewährt hat (81,2%), die Grundausbildung (80%), die Intuition (75,7%), Anordnungen von Ärzten (70,6%), Gespräche mit Ärzten (75,7%) und die lokalen Daten (61,4%). Diese Wissensquellen wurden ebenfalls bei der Wichtigkeitsfrage von Pflegenden als wichtig genannt. *Daraus kann abgeleitet werden, dass die für die Pflegenden wichtigen Wissensquellen auch häufig oder immer in ihrer Praxis verwendet werden.*

Ähnlich präsentiert sich die Situation mit den Wissensquellen, die nur selten oder nie von Pflegenden verwendet werden (aus 100% werden die Prozentwerte der Tabelle 36 abgezogen und die Differenz ergibt den Prozentsatz der ersten Hälfte der Bewertungsskala, beinhaltend die einzelnen Prozentwerte der Abstufungen 1,2 und 3). Zu diesen Wissensquellen, die nur selten oder nie in der Praxis zur Verwendung kommen, gehören die pflegerischen (67,1%) und ärztlichen (68,6%) Zeitschriften, die pflegerischen Forschungszeitschriften (71,4%) und andere Medien (77,1%). Hierzu ist festzuhalten, dass keine dieser Wissensquellen bei der Rankingfrage genannt wurde. *Aus dieser Erkenntnis heraus ist abzuleiten, dass Wissensquellen, die als unwichtig von den Pflegenden beurteilt werden, auch selten oder nie in der Praxis genutzt werden.*

Tabelle 9: Darstellung der Verteilung pflegerischen Wissensquellen in der Praxis – Zusammenfassende Ergebnisse der Studie

Verteilung der pflegerischen Wissensquellen in der Praxis (Zusammenfassende Ergebnisse der Studie)									
Item	Prozenten (%)						M (SD)		
	nie		immer		fehlende Werte				
	1	2	3	4	5	6			
1. Informationen über jeden einzelnen Patienten	0,0	0,0	4,3	15,9	34,8	44,9	2,8	5,20 (0,86)	
2. die Intuition	1,4	4,3	18,6	37,1	34,3	4,3	1,4	4,11 (1,00)	
3. die persönliche Erfahrung	1,4	1,4	5,6	11,3	39,4	40,8	0,0	5,08 (1,05)	
4. was sich über Jahre bewährt hat	1,4	5,8	11,6	30,4	46,4	4,3	2,8	4,28 (1,02)	
5. die Art wie es immer gemacht wird	5,7	22,9	20,0	40,0	11,4	0,0	1,4	3,29 (1,11)	
6. Arbeitskollegen	0,0	4,2	14,1	33,8	39,4	8,5	0,0	4,34 (0,97)	
7. Gespräche mit Ärzten	1,4	5,7	17,1	11,4	45,7	18,6	1,4	4,50 (1,22)	
8. ärztliche Anordnungen	0,0	7,4	22,1	33,8	27,9	8,8	4,2	4,09 (1,07)	
9. die Grundausbildung	1,4	2,9	15,7	18,6	34,3	27,1	1,4	4,63 (1,20)	
10. Weiterbildungen/Konferenzen	0,0	7,1	11,4	25,7	37,1	18,6	1,4	4,49 (1,13)	
11. Richtlinien und Standards	0,0	0,0	5,7	11,4	30,0	52,9	1,4	5,30 (0,89)	
12. die systematisch erhobene Daten	0,0	18,6	20,0	22,9	24,3	14,3	1,4	3,96 (1,33)	
13. ärztliche Zeitschriften	24,3	31,4	12,9	25,7	5,7	0,0	1,4	2,57 (1,26)	
14. pflegerische Zeitschriften	17,1	32,9	17,1	20,0	12,9	0,0	1,4	2,79 (1,30)	
15. pflegerische Forschungszeitschriften	22,9	31,4	17,1	20,0	8,6	0,0	1,4	2,60 (1,27)	
16. Lehrbücher	4,3	17,4	27,5	23,2	23,2	4,3	2,8	3,57 (1,26)	
17. das Internet	7,1	18,6	22,9	22,9	24,3	4,3	1,4	3,51 (1,34)	
18. andere Medien	21,4	38,6	17,1	12,9	10,0	0,0	1,4	2,51 (1,24)	

Anmerkung: die Häufigkeiten jedes einzelnen Items sind in Vergleich zu 100% zu verstehen

Tabelle 10: Darstellung der Reihung der verwendeten Wissensquellen in der Praxis

Reihung der verwendeten Wissensquellen in der Praxis nach ihrer Häufigkeit		
Platzierung	Item/Wissensquellen	Häufigkeiten in Prozenten (%)
1	1.Informationen über jeden einzelnen Patienten	95,7
2	11.Richtlinien und Standards	94,3
3	3.die persönliche Erfahrung	91,5
4	6.Arbeitskollegen	81,7
5	10.Weiterbildungen/Konferenzen	81,4
6	4.was sich über Jahre bewährt hat	81,2
7	9.die Grundausbildung	80,0
8	2.Intuition/ 7.Gespräche mit Ärzten	je 75,7
9	8.ärztliche Anordnungen	70,6
10	12.die systematisch erhobenen Daten	61,4
11	5.die Art wie es immer gemacht wird/ 17. das Internet	je 51,4
12	16.Lehrbücher	50,7
13	14.pflegerische Zeitschriften	32,9
14	13.ärztliche Zeitschriften	31,4
15	15.pflegerische Forschungszeitschriften	28,6
16	18.andere Medien	22,9

Anmerkung: die Häufigkeiten jedes einzelnen Items beinhalten die Bewertungen 4,5 und 6 der Itemskala (immer/häufig) und sind in Vergleich zu 100% zu verstehen

Die Befunde dieser Untersuchung stimmen mit den Ergebnissen anderer bisheriger Studien überein. Estabrooks fand bereits 1998 in ihrer Studie heraus, dass die häufigsten Wissensquellen, die in der Praxis verwendet werden, nicht wissenschaftlicher Natur, sondern erfahrungsbasiert sind. Ebenfalls von großer Bedeutung für die Praxis sind: Informationen aus Weiterbildungen und aus der Grundausbildung, Informationen aus Richtlinien und Standards, Informationen von Arbeitskollegen und Informationen von Ärzten. Diese Ergebnisse wurden auch zu einem späteren Zeitpunkt von Estabrooks, Chong, Brigidear und Profetto-McGrath (2005) in ihrer Studie bestätigt. Demzufolge sind „individual patient information and personal experience in nursing“ die zwei häufigsten Wissensquellen in der Pflegepraxis. Weiters zeigten sie auf, dass Wissensquellen wie etwa: Informationen aus Weiterbildungen, Informationen aus der pflegerischen Grundausbildung, Informationen aus Gesprächen mit Ärzten und Pflegekollegen und die Intuition ebenfalls häufig in der Praxis verwendet werden. Selten werden jedoch Wissensquellen wie: „nursing journals, ways nurses have

always done it, nursing research journals, medical journals, and the media“ verwendet.

Thompson et al. (2001a) und Thompson et al. (2001b) betonen in ihren Ergebnissen, dass die Rolle der interpersonellen und interaktiven Wissensquellen eine Wesentliche in der tägliche Pflegepraxis ist. Arbeitskollegen (andere Pflegepersonen aber auch Ärzte), insbesondere „the clinical nurse specialist“ sind für die Entscheidungsfindung in der Pflegepraxis von großem Nutzen und Bedeutung, weil Pflegende mündliche Informationsquellen vor schriftlichen bevorzugen. Außerdem sind mündliche Informationsquellen im Pflegealltag schneller verfügbar als schriftliche und liefern oft auch gleich eine Lösung für pflegerische Fragen. Als weitere wichtige Wissensquellen fanden Thompson et al. (2001a) und Thompson et al. (2001b) das Erfahrungswissen, aber auch die Nutzung von Richtlinien und Standards heraus.

Palfreyman et al. (2003) unterstützten mit ihrer Studie ebenfalls diese Befunde. Auch sie fanden als wichtigste Wissensquellen für die Praxis die Informationen über die Klienten, die persönliche Berufserfahrung, die Informationen von anderen Praktikern und die Informationen aus Weiterbildungen. Weniger Verwendung in der Praxis fanden dagegen die schriftlichen Wissensquellen, insbesondere das Internet und die anderen Medien. Das Erfahrungswissen, das durch Interaktionen mit Patienten, Berufskollegen und Ärzten entstanden ist, wie auch das Wissen aus den Standards, wurden auch in der Untersuchung von Gerrish und Clayton (2004) als die wichtigsten und am häufigsten verwendeten Wissensquellen von den Pflegenden identifiziert. Formale Wissensquellen dagegen, wie etwa wissenschaftlichen Zeitschriften, wurden viel weniger in der Praxis verwendet, so Gerrish und Clayton (2004).

Auch Spenceley et al. (2008) kamen in ihrem integrativen review zu ähnlichen Ergebnissen. Interpersonelle und interaktive Wissensquellen sowie berufliches Erfahrungswissen wurden an die Spitze der häufigsten Wissensquellen der Praxis genannt. Ergebnisunterschiede zeigten sich aber bei der Nutzung von Zeitschriften, die hier als häufig angegeben wurden. Als Grund dafür wurden jedoch methodische Limitationen der Studien angegeben wie: Stichprobenbias und Bias der sozialen Erwünschtheit.

Bemerkenswert ist dennoch, dass trotz der unterschiedlichen Länder (Österreich, Kanada, Großbritannien), wo die Untersuchungen stattgefunden haben, die

Ergebnisse ähnlich ausgefallen sind, wenngleich ein genauer Vergleich diesbezüglich nicht möglich erscheint (Unterschiede in der Methodik, Stichprobe usw.). Dies würde bedeuten, dass es trotz soziokultureller Unterschiede im Beruf der Pflege klare Präferenzen der Pflegenden hinsichtlich ihrer Informationsquellen gibt.

Ein Befund, der besondere Aufmerksamkeit verdient, ist die Bedeutung der Grundausbildung für die Praxis. Diese Wissensquelle wird nicht nur häufig in der Praxis verwendet, sondern sie wurde auch unter die Top drei der wichtigsten Wissensquellen der Praxis genannt. Es zeigte sich auch ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Berufserfahrung und dieser Wissensquelle.

Interessant zu beobachten ist, dass die Grundausbildung als Wissensquelle für die Praxis nicht nur für die jungen und eher unerfahrene Pflegepersonen eine wichtige Rolle spielt (was durchaus verständlich erscheint), sondern überraschenderweise auch für die erfahrenen Pflegenden, die 21 Jahre und länger diesen Beruf praktizieren. Diese Tatsache überrascht deshalb, weil das pflegerische Wissen, das vor über zwanzig Jahren unterrichtet wurde, sich zwar in bestimmten Grundinhalten (Anatomie, Physiologie) nicht verändert hat, aber vieles, was damals gelehrt bzw. gelernt wurde, heute nicht mehr „state-of-the-art“ ist. Das pflegerische Wissen hat sich inzwischen einerseits enorm weiterentwickelt, andererseits haben die Anforderungen, Aufgaben und Themen der heutigen Pflege teilweise einen anderen Schwerpunkt bekommen. Die Kultivierung eines kritischen Denkens im Beruf der Pflege scheint auch in diesem Zusammenhang eine bedeutende Rolle zu spielen.

Weitere Befunde aus dem Signifikanztest ergaben, dass die Tradition („die Art wie ich es immer gemacht habe“) als Wissensquelle für erfahrene/ältere Pflegenden eine wichtigere Rolle spielt als für unerfahrene/jüngere Pflegenden. Diese Ergebnisse bekräftigen die vorherige Aussage.

Die lokalen Daten werden von älteren Pflegenden als Wissensquelle öfters verwendet als von jüngeren Pflegenden und Vollzeitbeschäftigte scheinen intuitiver zu handeln als Teilzeitbeschäftigte.

Zwischen der Gruppe der Pflegenden, die Weiterbildungen angegeben haben, und der, die keine Weiterbildungen angegeben haben, scheint es in den Präferenzen hinsichtlich der pflegerischen Wissensquellen keine wesentlichen Unterschiede zu geben. Grund dafür könnte sein, dass es sich bei Weiterbildungen hauptsächlich

um Pflegekonzepte handelt und weniger um wissenschaftliche oder fachliche Weiterbildungen, wo die Recherche und Anwendung wissenschaftlicher Literatur ein zentrales Thema darstellt.

Insgesamt zeigt sich jedoch ein schwacher Einfluss der personenbezogenen Charakteristika auf die Präferenz der Wissensquellen der Pflegenden.

3.6 Kritik an der Studie

Die methodische Limitation dieser Studie besteht darin, dass ihre Ergebnisse sich nicht verallgemeinern lassen. Die ausgewählte Stichprobe ist klein und betrifft ein einziges (privates) Krankenhaus als Akutspital. Hierzu ist zu vermerken, dass die Anzahl der pflegerischen Richtlinien und Standards, die hier angewendet werden, bereits sehr hoch ist und diese Standards seit vielen Jahren Bestand haben. Das könnte die hohe Verwendung dieser Wissensquellen erklären. Es wäre aber notwendig andere Akutkrankenhäuser (privater und öffentlicher Natur) in der Untersuchung aufzunehmen, um Ähnlichkeiten versus Unterschiede hinsichtlich der Verwendung pflegerischer Wissensquellen aufzudecken.

Eine weitere Limitation dieser Studie stellt, wie bei vielen anderen Studien dieser Art, die Erforschung pflegerischer Wissensquellen unabhängig und isoliert vom Kontext der pflegerischen Tätigkeit und des pflegerischen Umfeldes dar.

Der Grund, wieso Pflegende Erfahrungs- und interaktives Wissen gegenüber wissenschaftlichen und schriftlichen Informationsquellen bevorzugen, hat etwas mit der Art und der Struktur pflegerischer Tätigkeit, mit der individuellen Verantwortung der Pflegenden, aber auch mit der Verantwortung der Organisation, wo Pflege passiert, zu tun, so Estabrooks (2005).

Spenceley et al. (2008) haben über die Situation, den Kontext und die Struktur pflegerischer Arbeit einige wichtige Faktoren identifiziert. Demzufolge ist die pflegerische Tätigkeit stark vom situativen und dynamischen Kontext abhängig. Arbeitsressourcen, wie die Zeit, die für die Informationssuche verwendet werden kann, die Verfügbarkeit von aktualisierten Informationsquellen und das Vorhandensein von administrativer und wissenschaftlicher Unterstützung spielen dabei eine wichtige Rolle und beeinflussen die Informationssuche wesentlich.

Das Einüben von Fertigkeiten hinsichtlich der Informationssuche am Arbeitsplatz, die Suche und die Identifikation neuer Wissensquellen und die Einbindung dieser

in die konkrete praktische Situation der Pflege (insbesondere über die Aktivität des Pflegeexperten/Pflegeberaters) zusammen mit einem positiven und unterstützenden Klima für eine lernende und sich weiterentwickelnde Organisation sind wichtige Parameter für das Informationsverhalten der Pflegenden, die mit der Professionalisierung der Pflege einhergehen.

Spenceley et al. (2008) zeigen auf, dass Pflege häufig durch einen hektischen Alltag gekennzeichnet ist und pflegerisches Tun unter hohem Zeitdruck zu erfolgen hat. Pflegerische Prioritäten stehen in Konkurrenz zu den Arbeitsbedingungen der Pflege und letztendlich bleibt als das oberste Ziel: die Beendigung der Arbeit während des gegebenen Zeitrahmens. Unter diesen Umständen werden oft Informationen in der Praxis dringend benötigt und hierfür eignen sich schnelle, zugängliche und vertrauensvolle Wissensquellen, wie etwa der Austausch mit Arbeitskollegen, die zusätzlich Verständnis für die Situation der Praxis haben, besonders gut.

3.7 Schlussfolgerung und Bedeutung für die Pflege

Das Wissen über die Verwendung pflegerischer Wissensquellen in der Praxis und die Präferenzen der Pflegenden hinsichtlich dieser Wissensquellen sind wichtige Erkenntnisse, um die pflegerische Entscheidungsfindung in der Pflegepraxis ein Stück besser verstehen zu können und in der Situation der Pflege diesbezüglich auch Unterstützung für die Pflegenden leisten zu können.

Neben der Information über jeden einzelnen Patienten sind das berufliche Erfahrungswissen und Informationen aus Richtlinien und Standards die wichtigsten und am häufigsten verwendeten Wissensquellen in der Pflege. Auch Arbeitskollegen fungieren häufig als vertrauenswürdige und praxisnahe Wissensquellen und werden oft in die Entscheidungsfindungssituation miteinbezogen. Andere Wissensquellen, wie etwa schriftliches, wissenschaftliches Pflegewissen, werden in der Praxis nur selten verwendet und von Pflegenden als unwichtig bewertet.

Aus diesen Ergebnissen lassen sich für die Pflege einige bedeutsame Schlussfolgerungen ableiten:

- Patienten sind die wichtigste Informationsquelle für die Pflegepraxis und werden am häufigsten in die klinischen Entscheidungsfindung miteinbezogen. Sie verleihen der Pflege erst Individualität und Konsistenz
- Bemühungen Rahmenbedingungen zu schaffen, die den Wissensfluss zwischen Pflegenden und Patienten unterstützen und optimieren

- Bewusstsein über die Wichtigkeit des beruflichen Erfahrungswissens als Wissensquelle in der Praxis und die Notwendigkeit der Reflexion und die kritische Auseinandersetzung mit diesem Wissen (gegebenenfalls Korrektur und Wissenserweiterung)

- Richtlinien und Standards werden von den Praktikern als wichtige Informationsquelle für die klinische Entscheidungsfindung gewertet, deshalb ist ihre Entwicklung und Einbindung in die Praxis bedeutsam

- Arbeitskollegen werden als praxisnahe Wissensquellen häufig in Entscheidungsfindungsprozesse miteinbezogen – kritischer Umgang mit dieser Wissensquelle, Nutzung von Expertenwissen (Pflegeberater, Pflegewissenschaftler als Partner) in der Praxis

- Bewusstsein über andere in der Praxis selten verwendete und von Pflegenden unwichtig bewertete Wissensquellen wie wissenschaftliches Pflegewissen in Form von schriftlichen Wissensquellen – Aufklärung über ihre Bedeutung für die Pflege und ihre praxisfreundliche Einbindung

- Bewusstsein über die heutige Bedeutung und Anforderung der Pflege – Pflege als personenbezogene qualitative Dienstleistung, die auf theoretisch fundiertem Fach- und Methodenwissen beruht und sich an praktisches Erfahrungswissen und der Fürsorge für die Individualität des Patienten orientiert; Pflege als wissenschaftliche Disziplin, die selbstbewusst und selbstkritisch ihre eigene Entwicklung steuert und ihre Aufgabe innerhalb des Gesundheitswesens wahrnimmt

Damit diese Schlussfolgerungen in der Pflegepraxis gelebt werden können, sind mehrere Faktoren und Wirkungsebenen zu berücksichtigen. Die erste Wirkungsebene betrifft die individuelle Ebene der Pflegefachpersonen. Hier stehen im Vordergrund eine *qualitative Ausbildung* (Bachelor- oder Hochschulabschluss) und laufende Weiterbildungen (Trainings), die Bedeutung, dass Kenntnisse und Fertigkeiten im Umgang mit wissenschaftlichen Pflegequellen, ihre kritische Beurteilung und ihre Anwendbarkeit in der Praxis vermittelt und eingeübt werden. Hier wurden in der Literatur einige Defizite bei den Pflegenden identifiziert, die insbesondere mit einer älteren Pflegeausbildung einhergehen, wo Pflegewissenschaft noch kein Thema war oder nur ansatzweise im Curriculum behandelt wurde, was zumindest teilweise das ausweichende Verhalten von Pflegenden gegenüber diesen Wissensquellen und Pflegeforschung allgemein, erklärt (Kajermo et al., 2008, Bryar et al., 2003, Bonner & Sando, 2008).

Die zweite Wirkungsebene betrifft die *Arbeitssituation der Pflege*. Zu wenig Zeit für reflektiertes Arbeiten, für Lesen, Bearbeitung und Implementierung wissenschaftlichen Fachwissens in die Pflegepraxis bei gleichzeitig erschwertem Zugang zu diesem Wissen, zu wenig Unterstützung und Vorbildfunktion der Kollegen und Vorgesetzten werden von den Pflegenden vorgeworfen (Spenceley et al., 2008, Kajermo et al., 2008, Bryar et al., 2003, Hutchinson & Johnston, 2004). Beim Arbeiten unter stressigen Bedingungen, wo Lösungen binnen kürzester Zeit zu erfolgen haben und wo ein ständiger Prioritätenkampf zwischen verschiedenen Erwartungshaltungen (Patient, Angehörigen, Vorgesetzten, andere Berufsgruppen) herrscht, bedarf es eines Arbeitsklimas und Organisationsstrukturen, die Pflegende unterstützen und es ihnen ermöglichen sollen die von der Gesellschaft und den Patienten mit Recht eingeforderte beste Pflege und somit Einbindung auch wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis, zu gewährleisten (Spenceley et al., 2008, Kajermo et al., 2008, Bryar et al., 2003, Hutchinson & Johnston, 2004).

Eine in der Literatur positiv beschriebene Möglichkeit der Unterstützung der Pflegenden in diesem Vorhaben ist der Einsatz von Pflegeberatern und Pflegewissenschaftlern in der Organisation und Institution der Pflege. Diese Arbeitskollegen verfügen über das Wissen und die Kompetenz Forschungswissen in die Praxis zu transportieren (z.B. durch die Entwicklung von Richtlinien und

Standards), den Blick für ein kritisches Denken und Entscheiden in der Pflege zu schärfen, Erfahrungswissen zu reflektieren und pflegerische Fragen aus der Praxis für die Praxis zu beantworten. Pflegeberater, Pflegewissenschaftler kennen das Wirkungsfeld der Pflege und können eine Brücke zwischen Praxis und Wissenschaft bauen. Vorausgesetzt, dass sie als „agent for change“ in der Praxis gut integriert sind (Thompson et al., 2001a, Thompson et al., 2001b, French, 2005). Es besteht weiters die Möglichkeit der Etablierung an den Kliniken und in Krankenhäusern mit Forschungszentren in Zusammenarbeit mit den Hochschulen. So kann wissenschaftliches Fachwissen leichter und effizienter in die Praxis transferiert werden und umgekehrt können Fragestellungen aus der Praxis Themen für Forschungsarbeiten und Forschungsprojekte werden. Pflegenden können somit Teil einer Forschungsgruppe (zusammen mit Wissenschaftlern, Pflegeberater usw.) werden und aktiv an der Wissensvermehrung und Pflegeforschung teilnehmen. Dadurch können einerseits wissenschaftliche Fertigkeiten an die Pflegenden vermittelt und trainiert werden und andererseits die Bedeutung und die Akzeptanz der Pflegepraktiker für die Forschung gewonnen werden. Pflegeforschung wird somit Teil der Pflgetätigkeit (Etzel, 2003). Es bedarf im weiteren der Motivation und Förderung zu einer professionellen Weiterentwicklung der Pflegenden sowohl fachspezifischer als auch wissenschaftlicher Natur, um sie in ihrem Glauben zu ermutigen, damit sie durch ihre eigenen Kenntnisse und Kompetenzen die Macht haben eine Veränderung in der Praxis herbeiführen zu können. Diese Aufgabe der Förderung und der Bereitstellung von organisatorischen Möglichkeiten und Strukturen kommt dem Pflegemanagement und anderen Berufsgruppen, insbesondere den Ärzten, zu (Bonner & Sando, 2008, Bryar et al., 2003, Kajermo et al., 2008).

Auf der *Makroebene der Gesundheitspolitik* werden die Entscheidungsträger, aber auch die Experten und Wissenschaftler des Pflegefachs und der benachbarten Disziplinen, aufgefordert diese wichtigen Entwicklungsschritte der Pflege in Richtung Professionalisierung durch eine Kultur der positiven und verantwortungsvollen Propaganda und Wertschätzung, aber auch durch Strukturen und Gesetzesrahmen, die dieser Entwicklung gerecht werden, zu konsolidieren und zu fördern.

Anhang

Literaturverzeichnis

Baggs, J.G., Schmitt M.H., Mushlin, A.I., Eldredge, D.H., Oakes, D. & Hutson, A.D. (1997). Nurse-physician collaboration and satisfaction with the decision-making process in three critical care units. *American Journal of critical care*, 6 (5), 393-399.

Bakalis, N. (2006). Clinical decision-making in cardiac nursing: a review of the literature. *Nursing Standard*, 21 (12), 39-46.

Banning, M. (2008). A review of clinical decision making: models and current research. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (2), 187-195.

Behrens, J. & Langer, G. (2006). *Evidence-based Nursing and Caring. Interpretativ-hermeneutische und statistische Methoden für tägliche Pflegeentscheidungen. Vertrauensbildende Entzauberung der "Wissenschaft"*. (2. überarbeitete und erweiterte Aufl.). Bern: Hans Huber.

Benner, P. & Tanner, C. (1987). Clinical judgment: how expert nurses use intuition. *American Journal of Nursing*, 87 (1), 23-31.

Benner, P. (1994). *Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert*. (M. Wengenroth, Übers.) Bern: Hans Huber. (Original erschienen 1984: From Novice to Expert – Excellence and Power in Clinical Nursing Practice)

Boney, J. & Baker, J.D. (1997). Strategies for teaching clinical decision-making. *Nurse Education Today*, 17 (1), 16-21.

Bonner, A. & Sando, J. (2008). Examining the knowledge, attitude and use of research by nurses. *Journal of Nursing Management*, 16 (3), 334-343.

- Bowler, S. & Mallik, M. (1998). Role extension or expansion: a qualitative investigation of the perception of senior medical and nursing staff in an adult intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 14 (1), 11-20.
- Bryar, R.M., Closs, S.J., Baum, G., Cooke, J., Griffiths, J., Hostick, T., Kelly, S., Knight, S., Marshall, K., Thompson, D.R. (2003). The Yorkshire BARRIERS project: diagnostic and analysis of barriers to research utilisation. *International Journal of Nursing Studies*, 40 (1), 73-84.
- Buckingham, C.D. & Adams, A. (2000a). Classifying clinical decision making: a unifying approach. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (4), 981-989.
- Buckingham, C.D. & Adams, A. (2000b). Classifying clinical decision making: interpreting nursing intuition, heuristics and medical diagnosis. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (4), 990-999.
- Bucknall, T. & Thomas, S. (1997). Nurses` reflections on problems associated with decision making in critical care settings. *Journal of Advanced Nursing*, 25 (2), 229-237.
- Bucknall, T. & Thomas, S. (1995). Clinical decision making in critical care. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 13 (2), 10-17.
- Bucknall, T. (2000). Critical care nurses` decision-making activities in the natural setting. *Journal of Clinical Nursing*, 9 (1), 25-36.
- Burton, C.R. (2000). A description of the nursing role in stroke rehabilitation. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (1), 174-181.
- Cader, R., Campbell, S. & Watson, D. (2005). Cognitive Continuum Theory in nursing decision-making. *Journal of Advanced Nursing*, 49 (4), 397-405.
- Caputo, L.A. & Mior, S.A. (1998). The role of clinical experience and knowledge in clinical decision-making. *Topics in Clinical Chiropractic*, 5 (2), 10-18.

- Case, B. (1994). Walking around the elephant: a critical thinking strategy for decision making. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 25 (3), 101-109.
- Chang, W.-Y., Ma, J.-C., Chiu, A.-T., Lin, K.-C. & Lee, P.-H. (2009). Job satisfaction and perceptions of quality of patient care, collaboration and teamwork in acute care hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (9), 1946-1955.
- Cioffi, J. (1997). Heuristics, servants to intuition, in clinical decision-making. *Journal of Advanced Nursing*, 26 (1), 203-208.
- Duff, L.A., Kitson, A.L., Seers, K. & Humphris, D. (1996). Clinical guidelines: an introduction to their development and implementation. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 887-895.
- Elstein, A. & Schwarz, A. (2002). Clinical problem solving and diagnostic decision making: selective review of cognitive literature. *British Medical Journal*, 324 (7339), 729-732.
- Estabrooks, C. A. (1998). Will Evidence-Based Nursing Practice make practice perfect? *Canadian Journal of Nursing Research*, 30 (1), 15-36.
- Estabrooks, C. A. (2005). Sources of practice knowledge among nurses. *Qualitative Health Research*, 15 (4), 460-476.
- Estabrooks, C. A., Chong, H., Brigidear, K. & Profetto-McGrath, J. (2005). Profiling canadian nurses` preferred knowledge sources for clinical Practice. *The Canadian Journal of Nursing Research*, 37 (2), 118-140.
- Etzel, B.S. (2003). Auswirkungen einer verwissenschaftlichten Pflege auf die Praxis. *Pflege*, 16, 253-255.
- Evans, C. (2005). Clinical decision making theories: patient assessment in A&E. *Emergency Nurse*, 13 (5), 16-19.

- French, B. (2005). Contextual factors influencing research use in nursing. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 2 (4), 172-183.
- Fox, J. (2003). Consumerism 2: preregistration nursing and midwifery curricula. *British Journal of Nursing*, 12 (6), 378-386.
- Gerrish, K. & Clayton, J. (2004). Promoting evidence-based practice: an organizational approach. *Journal of Nursing Management*, 12, 114-123.
- Glen, S. (1995). Developing critical thinking in higher education. *Nurse Education Today*, 15 (3), 170-176.
- Gobet, F. & Chassy, P. (2008). Towards an alternative to Benner`s theory of expert intuition in nursing: a discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*, 45 (1), 129-139.
- Harbison, J. (1991). Clinical decision making in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 16 (49), 404-407.
- Harbison, J. (2001). Clinical decision making in nursing: theoretical perspectives and their relevance to the practice. *Journal of Advanced Nursing*, 35 (1), 126-133.
- Hoffmann, K., Donoghue, J. & Duffield, C. (2004). Decision-making in clinical nursing: investigating contributing factors. *Journal of Advanced Nursing*, 45 (1), 53-62.
- Hutchinson, A.M. & Johnston, L. (2004). Bridging the divide: a survey of nurses` opinions regarding barriers to, and facilitators of, research utilisation in the practice setting. *Journal of Clinical Nursing*, 13 (3), 304-315.
- Kajermo, K.N., Uden, M., Gardulf, A., Eriksson, L.E., Orton, M-L., Arnetz, B.B., Nordström, G. (2008). Predictors of nurses` perceptions of barriers to research utilisation. *Journal of Nursing Management*, 16 (3), 305-314.

Kirchler, E. (Hrsg.). (2005). *Arbeits- und Organisationspsychologie*. Wien: Facultas.

Mayer, H. (2007). *Pflegeforschung anwenden*. (2.Aufl.). Wien: Facultas.

Meurier, C.E. (2000). Understanding the nature of errors in nursing: using a model to analyse critical incident reports of errors which had resulted in an adverse or potentially adverse event. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (1), 202-207.

McCutcheon H.H.I. & Pincombe J. (2001). Intuition: an important tool in the practice of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 35 (3), 342-348.

Moore, P. (1996). Decision making in professional practice. *British Journal of Nursing*, 5 (10), 635-640.

Moule, P. & Knight, C. (1997). Emergency, cardiac arrest! Can we teach the skills. *Nurse Education Today*, 17 (29), 99-105.

Muir, N. (2004). Clinical decision making: theory and practice. *Nursing Standard*, 18 (36), 47-52.

Narayan, S.M., Corcoran-Perry, Sh., Drew, D. Hoyman, K. & Lewis, M. (2003). Decision analysis as a tool to support an analytical pattern-of-reasoning. *Nursing and Health Sciences*, 5, 229-243.

Offredy, M. (1998). The application of decision making concepts by nurse practitioners in general practice. *Journal of Advanced Nursing*, 28 (5), 988-1000.

Palfreyman, S. , Tod, A. & Doyle, J. (2003). Comparing evidence-based practice of nurses and physiotherapists. *British Journal of Nursing*, 12 (4), 246-253.

Raab-Steiner, E. & Benesch, M. (2008). *Der Fragebogen*. (1.Aufl) Wien: Facultas.

Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A. & McCormack, B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing* 47 (1), 81-90.

Scott, PA., Väломäki, M., Leino-Kilpi, H., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C. & Arndt, M. (2003). Autonomy, privacy and informed consent 1: concepts and definitions. *British Journal of Nursing*, 12 (1), 43-47.

Scott, PA., Taylor, A., Välimäki, M., Leino-Kilpi, H., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C., Arndt, M. (2003). Autonomy, privacy and informed consent 4: surgical perspective. *British Journal of Nursing*, 12 (5), 311-320.

Smith Higuchi, K. & Donald, J. (2002). Thinking processes used by nurses in clinical decision making. *Journal of Nursing Education*, 41 (4), 145-153.

Spenceley, S.M., O'Leary, K.A., Chizawsky, L.L.K., Ross, A.J. & Estabrooks, C.A. (2008). Sources of information used by nurses to inform practice: an integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 45 (6), 954-970.

Standing, M. (2008). Clinical judgment and decision-making in nursing – nine modes of practice in a revised cognitive continuum. *Journal of Advanced Nursing*, 62 (19), 124-134.

Thompson, C. (1999). A conceptual treadmill: the need for 'middle ground' in clinical decision making theory in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 30 (5), 1222-1229.

Thompson, C., McCaughan, D., Cullum, N., Sheldon, T. A., Mulhall, A. & Thompson, D. R. (2001a). The accessibility of research-based knowledge for nurses in United Kingdom acute care settings. *Journal of Advanced Nursing*, 36 (1), 11-22.

Thompson, C., McCaughan, D., Cullum, N., Sheldon, T. A., Mulhall, A. & Thompson, D. R. (2001b). Research information in nurses' clinical decision making: what is useful? *Journal of Advanced Nursing*, 36 (3), 376-388.

Tschannen, D. & Kalisch, B.J. (2009). The impact of nurse/physician collaboration on patient length of stay. *Journal of Nursing Management*, 17, 796-803.

Walsh, D. & Shaw, D.G. (2000). The design of written information for cardiac patients: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 9 (5), 658-667.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Die Struktur des Flussdiagramms	27
Abbildung 2: Die Struktur und der Ablauf des Flussdiagramms	28
Abbildung 3: Testung von Hypothesen bei der Entscheidungsfindung	32
Abbildung 4 : Die Intuitionstheorie von McCutcheon und Pincombe	33
Abbildung 5: Die kognitive Kontinuumstheorie von Hamm	37
Abbildung 6: Standing`s kognitive Kontinuumstheorie	39
Tabelle 1: Repräsentation der Hauptkategorien von Wissensarten durch die Items	59
Tabelle 2: Kodierungsplan für SPSS	65
Abbildung 7: Darstellung der Altersverteilung in der Stichprobe	66
Abbildung 8: Darstellung der Geschlechtsverteilung	67
Abbildung 9: Darstellung des Anstellungsgrades	67
Abbildung 10: Darstellung der Verteilung der Wochenstunden	68
Abbildung 11: Darstellung der Verteilung der Berufserfahrung	69
Abbildung 12: Darstellung der Verteilung der Weiterbildungen	69
Tabelle 3: Zusammenfassung der Qualitativen Auswertung von Weiterbildungen/Zusatzausbildungen	71
Tabelle 4: Ergebnisse der Faktorenanalyse	74
Abbildung 13: Item 1 – Verteilung der Bewertungen	76
Abbildung 14: Item 2 – Verteilung der Bewertungen	77
Abbildung 15: Item 3 – Verteilung der Bewertungen	78
Abbildung 16: Item 4 – Verteilung der Bewertungen	79
Abbildung 17: Item 5 – Verteilung der Bewertungen	80
Abbildung 18: Item 6 – Verteilung der Bewertungen	81
Abbildung 19: Item 7 – Verteilung der Bewertungen	82
Abbildung 20: Item 8 – Verteilung der Bewertungen	83
Abbildung 21: Item 9 – Verteilung der Bewertungen	84
Abbildung 22: Item 10 – Verteilung der Bewertungen	85
Abbildung 23: Item 11 – Verteilung der Bewertungen	86
Abbildung 24: Item 12 – Verteilung der Bewertungen	87
Abbildung 25: Item 13 – Verteilung der Bewertungen	88
Abbildung 26: Item 14 – Verteilung der Bewertungen	89

Abbildung 27: Item 15 – Verteilung der Bewertungen	90
Abbildung 28: Item 16 – Verteilung der Bewertungen	91
Abbildung 29: Item 17 – Verteilung der Bewertungen	92
Abbildung 30: Item 18 – Verteilung der Bewertungen	93
Abbildung 31: Die ersten drei Platzierungen der wichtigsten Informationsquellen	94
Abbildung 32: Die ersten drei Platzierungen der zweitwichtigsten Informationsquelle	95
Abbildung 33: Die ersten drei Platzierungen der drittwichtigsten Informationsquelle	96
Tabelle 5: Zusammenhang Item 5 und Alterskategorien	98
Tabelle 6: Zusammenhang Item 12 und Alterskategorien	99
Tabelle 7: Zusammenhang Item 2 und Anstellungsgrad	100
Tabelle 8: Zusammenhang Item 9 und Berufserfahrung in Jahren	100
Tabelle 9: Darstellung der Verteilung pflegerischen Wissensquellen in der Praxis – Zusammenfassende Ergebnisse der Studie	103
Tabelle 10: Darstellung der Reihung der verwendeten Wissensquellen in der Praxis	104

Originalfragebogen vom Inselspital Bern



Direktion Pflege, medizinisch-technische und medizinisch-therapeutische Bereiche

Fragebogen zu Evidence-based Practice (EBP)

Im ganzen Fragebogen wird die männliche oder weibliche Form auswechselbar benutzt, das andere Geschlecht ist jeweils mitgemeint.

Bei einer Wiederholung dieser Umfrage möchten wir feststellen können, welche Mitarbeiter schon einmal teilgenommen haben. Damit Ihre Angaben vertraulich bleiben, bitten wir Sie, hier einen Code einzutragen, den nur Sie kennen.

Bitte erstellen Sie den Code nach folgendem Beispiel:

1. Ihr Vater: Vorname = Hans, Nachname = Müller, Jahrgang = 1945
2. Ihre Mutter: Vorname = Elsa, lediger Name = Bach, Jahrgang = 1943
3. Ihr Vorname: Vorname = Anna ergibt HM45EB43A

Ihr Code:

Datum

 / /

(Tag/Monat/Jahr)

Angaben zu Ihrer Person

Alter:

Bitte kreuzen Sie mit einem Bleistift oder dunklen Schreiber so an:

Geschlecht männlich weiblich

bitte nicht so ankreuzen:



Abgeschlossene Aus- oder Weiterbildungen in Pflege / MTT:

Pflege		MTT	
Pflegefachfrau	<input type="radio"/>	Physiotherapeutin	<input type="radio"/>
Hebamme	<input type="radio"/>	Ergotherapeutin	<input type="radio"/>
HöFa I	<input type="radio"/>	Ernährungsberaterin	<input type="radio"/>
HöFa II	<input type="radio"/>	Logopädin	<input type="radio"/>
Anästhesiepflege	<input type="radio"/>	med. Laborantin	<input type="radio"/>
Operationspflege	<input type="radio"/>	Orthoptistin	<input type="radio"/>
Intensivpflege	<input type="radio"/>		
Managementausbildung Pflege	<input type="radio"/>	Managementausbildung MTT	<input type="radio"/>
Bachelor Pflege	<input type="radio"/>	Bachelor MTT	<input type="radio"/>
Master Pflege	<input type="radio"/>	Master MTT	<input type="radio"/>
Doktorat Pflege	<input type="radio"/>	Doktorat MTT	<input type="radio"/>
andere: bitte angeben		andere: bitte angeben	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Art der Informationsquellen für Ihre tägliche Praxis

Wir möchten Sie nach den verschiedenen Wissensquellen fragen, die Sie in Ihrer beruflichen Praxis verwenden.

Kreuzen Sie bitte die am besten zutreffende Antwort an.

Das Wissen, das ich in meiner Praxis verwende, stützt sich auf	nie	selten	manchmal	häufig	immer	keine Antwort möglich
1. ... Informationen, die ich über jeden individuellen Patienten/ Klienten erhalte.	<input type="radio"/>					
2. ... meine Intuition, was für den Patienten/ Klienten "richtig" erscheint.	<input type="radio"/>					
3. ... meine persönliche Erfahrung in der Betreuung von Patienten/Klienten.	<input type="radio"/>					
4. ... das, was sich für mich über Jahre bewährt hat.	<input type="radio"/>					
5. ... die Art, wie ich es immer gemacht habe.	<input type="radio"/>					
6. ... Informationen, die ich von Arbeitskollegen erhalte.	<input type="radio"/>					
7. ... das, was Ärzte mit mir diskutieren.	<input type="radio"/>					
8. ... neue Behandlungen und Medikamente, die ich kennen lerne, wenn sie von Ärzten für Patienten verordnet werden.	<input type="radio"/>					
9. ... Informationen, die ich in meiner Grundausbildung erhielt.	<input type="radio"/>					
10. ... Informationen, die ich durch die Teilnahme an internen Weiterbildungen/Konferenzen erhalte.	<input type="radio"/>					
11. ... Informationen, die ich aus Richtlinien und Standards erhalte.	<input type="radio"/>					
12. ... Informationen, die ich aus Berichten von Qualitätsüberprüfungen erhalte.	<input type="radio"/>					
13. ... Artikel aus ärztlichen Zeitschriften.	<input type="radio"/>					
14. ... Artikel aus berufsspezifischen Zeitschriften. (z.B. Zeitschrift "Krankenpflege" des SBK, etc.)	<input type="radio"/>					
15. ... Artikel aus berufsspezifischen Forschungszeitschriften. (z.B. Zeitschrift "Pflege", "Physiotherapy research international", etc.)	<input type="radio"/>					
16. ... Informationen aus Lehrbüchern.	<input type="radio"/>					
17. ... Informationen aus dem Internet.	<input type="radio"/>					
18. ... Informationen aus den Medien (z.B. Magazine, Fernsehen, etc.).	<input type="radio"/>					

8521356291

Englisch-Lesekenntnisse

Viele Forschungsergebnisse der Pflege/MTT werden auf Englisch veröffentlicht, deshalb möchten wir als nächstes Ihre Englisch-Lesekenntnisse erfassen.

Bitte schätzen Sie ein, wie gut Sie englische Texte lesen können. Kreuzen Sie von den folgenden Aussagen die am besten auf Sie zutreffende an.

- Ich kann einzelne vertraute Namen, Wörter und ganze Sätze erfassen, z.B. auf Schildern, Plakaten oder in Prospekten.
- Ich kann kurze, einfache Texte lesen. Ich kann in einfachen Alltagstexten (z.B. Anzeigen, Prospekten, Speisekarten oder Fahrplänen) konkrete, vorhersehbare Informationen auffinden und ich kann kurze einfache persönliche Briefe verstehen.
- Ich kann Texte verstehen, in denen vor allem geläufige Alltags- oder Berufssprache vorkommt. Ich kann in privaten Briefen, Beschreibungen von Ereignissen, sowie Gefühle und Wünsche verstehen.
- Ich kann Artikel und Berichte lesen und verstehen, in denen die Schreibenden besondere Haltungen oder Standpunkte vertreten. Ich kann zeitgenössische literarische Prosatexte verstehen.
- Ich kann lange und komplexe Sachtexte verstehen und deren stilistische Merkmale wahrnehmen. Ich kann Fachartikel und lange technische Anleitungen verstehen, auch wenn sie nicht in Beziehung zu meinem Sachgebiet stehen
- Ich kann alle Artikel von geschriebenen Texten mühelos verstehen, auch wenn sie abstrakt oder inhaltlich und sprachlich komplex sind z.B. Sachbücher, Fachartikel und literarische Texte.

L

Ihr Wissen, Ihre Motivation und Ihr Können bezüglich EBP

Mit den folgenden Fragen möchten wir Ihr aktuelles Wissen, Ihre Motivation und Ihr Können bezüglich EBP-Tätigkeiten erfassen.

Bitte kreuzen Sie für jede genannte Tätigkeit an, wie Sie persönlich

- Ihr Wissen
- Ihre Motivation (Bereitschaft, sich zu engagieren) und
- Ihr Können einschätzen.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

Tätigkeit	Wissen			Motivation			Können			keine Antwort möglich
	tief	mittel	hoch	tief	mittel	hoch	tief	mittel	hoch	
1. Ein klinisches Problem aus der Praxiserfahrung erkennen.	<input type="radio"/>									
2. Ein klinisches Problem anhand von Risikomanagement/Qualitätsentwicklungsdaten erkennen.	<input type="radio"/>									
3. In der Literatur neue Informationen mit Folgen für die aktuelle Praxis identifizieren.	<input type="radio"/>									
4. Relevante Forschungsliteratur sammeln.	<input type="radio"/>									
5. Forschungsliteratur für den Gebrauch in der Praxis kritisch begutachten.	<input type="radio"/>									
6. Beurteilen, ob Forschungsgrundlagen genügen, um die Praxis zu verändern.	<input type="radio"/>									
7. Schlussfolgerungen aus Studienresultaten ziehen.	<input type="radio"/>									
8. Rat von Experten einholen.	<input type="radio"/>									
9. Ergebnisse definieren, die durch eine forschungsbasierte Veränderung der Praxis erreicht werden sollen.	<input type="radio"/>									

7947356292

Tätigkeit	Wissen			Motivation			Können			keine Antwort möglich
	tief	mittel	hoch	tief	mittel	hoch	tief	mittel	hoch	
10. Forschungsergebnisse nutzen, um die Praxis zu verbessern.	<input type="radio"/>									
11. Forschungsbasierte Pflegeinterventionen / Therapien entwickeln.	<input type="radio"/>									
12. Multidisziplinäre Interventionen / Therapien mitentwickeln.	<input type="radio"/>									
13. Praxisveränderungen einführen und umsetzen auf einer Pilotstation.	<input type="radio"/>									
14. Umsetzung der Praxisveränderungen evaluieren.	<input type="radio"/>									
15. Ergebnis von Praxisveränderungen evaluieren.	<input type="radio"/>									
16. Interventionen / Therapien nach Bedarf anpassen.	<input type="radio"/>									
17. Regelmässig Ergebnisse von Praxisveränderungen überprüfen.	<input type="radio"/>									

L

Einstellungen und Erfahrungen bezüglich Umsetzung von Forschungsergebnissen
--

Abschliessend möchten wir Sie nach Einstellungen und Erfahrungen fragen, die Forschungsanwendung beeinflussen.

Kreuzen Sie bitte die Antwort an, welche Ihre Erfahrung am besten beschreibt.

	trifft zu	trifft ziemlich zu	trifft wenig zu	trifft nicht zu	keine Antwort möglich
1. Forschungsberichte/Artikel sind für mich leicht zugänglich.	<input type="radio"/>				
2. In Forschungsartikeln sind die Auswirkungen auf mein Arbeitsfeld klar dargestellt.	<input type="radio"/>				
3. Statistische Analysen sind für mich verständlich.	<input type="radio"/>				
4. Forschung ist für mein Arbeitsfeld relevant.	<input type="radio"/>				
5. Ich kenne die Forschung in meinem Arbeitsfeld.	<input type="radio"/>				
6. Mein Arbeitsort und seine Strukturen eignen sich zur Umsetzung von Forschungsergebnissen.	<input type="radio"/>				
7. Ich habe Zeit, um Forschungsartikel zu lesen.	<input type="radio"/>				
8. Forschungsergebnisse wurden durch wiederholte Studien bestätigt.	<input type="radio"/>				
9. Ich sehe den Nutzen von Forschung für mein Arbeitsfeld.	<input type="radio"/>				
10. Ich bin sicher, dass ich Forschungsergebnissen Glauben schenken soll.	<input type="radio"/>				
11. Forschung wurde mit geeigneten Methoden durchgeführt.	<input type="radio"/>				
12. Die für mein Fachgebiet relevante Literatur ist gesammelt an einem Ort verfügbar.	<input type="radio"/>				
13. Ich bin der Meinung, dass ich genügend Autorität habe, um Interventionen/Therapien bei Patienten zu verändern.	<input type="radio"/>				
14. Ich bin der Meinung, dass Ergebnisse ins eigene Arbeitsfeld übertragbar sind.	<input type="radio"/>				
15. Ich habe Kontakt mit Kolleginnen, die kompetent sind und mit denen ich über Forschung diskutieren könnte.	<input type="radio"/>				
16. Ich sehe in der Umsetzung von Forschungsergebnissen einen Nutzen für mich selbst.	<input type="radio"/>				
17. Forschungsberichte / Artikel werden rasch genug veröffentlicht.	<input type="radio"/>				

3672356293

- | | trifft zu | trifft ziemlich zu | trifft wenig zu | trifft nicht zu | keine Antwort
möglich |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| 18. Ärzte (oder andere relevante Berufsgruppen) machen bei der Umsetzung mit. | <input type="radio"/> |
| 19. Führungspersonen gestatten die Umsetzung. | <input type="radio"/> |
| 20. Ich bin der Ansicht, die Vorteile einer Praxisänderung seien hoch. | <input type="radio"/> |
| 21. Es gibt ein dokumentiertes Bedürfnis, die Praxis zu ändern. | <input type="radio"/> |
| 22. Die aus Forschung gezogenen Schlussfolgerungen sind gerechtfertigt. | <input type="radio"/> |
| 23. Forschungsergebnisse in der Literatur bestätigen sich. | <input type="radio"/> |
| 24. Forschung ist klar und lesbar dargestellt. | <input type="radio"/> |
| 25. Das übrige Team unterstützt die Umsetzung. | <input type="radio"/> |
| 26. Ich bin bereit, etwas zu ändern oder neue Ideen auszuprobieren. | <input type="radio"/> |
| 27. Die Menge an Forschungsinformationen ist bewältigbar. | <input type="radio"/> |
| 28. Ich halte mich für fähig, die Qualität von Forschung zu beurteilen. | <input type="radio"/> |
| 29. Die Zeit am Arbeitsplatz reicht aus, um neue Ideen umzusetzen. | <input type="radio"/> |
| 30. Forschungsberichte / Artikel sind englisch geschrieben, aber für mich verständlich. | <input type="radio"/> |

Möchten Sie uns noch etwas mitteilen:

Für Ihre Mitarbeit bedanken wir uns herzlich !

Genehmigung vom Inselspital Bern über die Verwendung des Fragebogens

Genehmigung zur Verwendung des Fragebogens „Art der Informationsquellen für die tägliche Praxis“

Der Fragebogen „Kinds & sources of knowledg for practice“ ist Teil des Fragebogens: „The determinants of research utilization“ von Carole A. Estabrooks (Estabrooks, 1999a, 1999b; Estabrooks, Chong, Brigidear, & Profetto-McGrath, 2005; Milner, Estabrooks, & Humphrey, 2005).

Dieser Fragebogen wurde mit Genehmigung der Autorinnen von den wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen der Abteilung „Pflegeentwicklung und Forschung“ des Inselspitals in Bern unter der Leitung von Frau Antoinette Conca entsprechend der wissenschaftlichen Kriterien (Übersetzung, Rückübersetzung) in die deutsche Sprache übersetzt und ergänzt.

Die Genehmigung zur Verwendung der deutschen Version des Fragebogens „Art der Informationsquellen für die tägliche Praxis“ im Rahmen der Diplomarbeit von Frau Beatrix Balasko wurde von Frau Antoinette Conca erteilt.

----- Original Message -----

From: [Antoinette Zeller](mailto:Antoinette.Zeller@insel.ch)
To: andrea.smoliner@aon.at ; elisabeth.spichiger@insel.ch
Sent: Friday, January 09, 2009 3:54 PM
Subject: Fragebogen zu evidence-based practice

Liebe Andrea,
 Gerne geben wir euch die Erlaubnis unsere Übersetzung dieses Teils zu benützen.
 Toll, dass eine Arbeit zu diesem Thema geschrieben wird, wir sind dann an den
 Resultaten sehr interessiert.
 Herzlich
 Antoinette Conca

Dr. Andrea Smoliner, MNS
 Pflegeexpertin, HöFa2

RUDOLFINERHAUS BetriebsGmbH
 Billrothstraße 78
 1190 Wien
 Telefon: ++43-1-36036-6127
 Fax: ++43-1-36036-6118
a.smoliner@rudolfinerhaus.at
www.rudolfinerhaus.at

Literatur:

- Estabrooks, C. A. (1999a). The conceptual structure of research utilization. *Research in Nursing & Health*, 22, 203-216.
- Estabrooks, C. A. (1999b). Modeling the individual determinants of research utilization. *Western Journal of Nursing Research*, 21, 758-772.
- Estabrooks, C. A., Chong, H., Brigidear, K., & Profetto-McGrath, J. (2005). Profiling canadian nurses' preferred knowledge sources for clinical practice. *Canadian Journal of Nursing Research*, 37, 118-140.
- Milner, M., Estabrooks, C., & Humphrey, C. (2005). Clinical nurse educators as agents for change: increasing research utilization. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 899-914.

Genehmigung/Fragebogen/Smoliner/12012009

Fragebogen – Erhebungsinstrument der Untersuchung im Rudolfinerhaus

Liebe KollegInnen,

Zum Abschluss meines Studiums der Pflegewissenschaft schreibe ich eine Arbeit über die Klinische Entscheidungsfindung als zentrales Thema des Konzeptes Evidence-based Nursing (EBN). Im Rahmen dieser Arbeit möchte ich eine Untersuchung über die verschiedenen Wissensquellen der pflegerischen Entscheidungsfindung im Rudolfinerhaus durchführen. Eure Einschätzungen sind für meine Arbeit wesentlich und deshalb bitte ich Euch um Eure Mitwirkung. Für das Bearbeiten dieses Fragebogens ist mit einem Zeitaufwand von fünf bis zehn Minuten zu rechnen.

Die Teilnahme an der Befragung ist selbstverständlich freiwillig. Die Befragung verläuft anonym. Ich sichere Euch natürlich einen vertraulichen Umgang mit den Daten zu. Die Fragebögen werden ausschließlich von meiner Person eingesehen und verarbeitet. Die Ergebnisse werden nur als Gruppenergebnisse zugänglich gemacht, so dass ein Rückschluss auf einzelne Personen nicht möglich ist.

Die Ergebnisse der Befragung werden nach dem Abschluss meiner Arbeit an die KollegInnen, die Interesse diesbezüglich haben, gerne weitergegeben.

Bitte die Fragebögen bis spätestens 14. Mai 2009 ausfüllen und in dem beiliegenden Kuvert in der für diesen Zweck vorgesehenen Box auf Eurer Station abgeben.

Mit freundlichen Grüßen
und herzlichen Dank für Eure Mitarbeit
Beatrix Balasko

- A. Ich möchte Dich nach den verschiedenen Wissensquellen fragen, die Du in deiner beruflichen Praxis verwendest.
Kreuze bitte die am besten zutreffende Antwort an.

Das Wissen, das ich in meiner Praxis verwende, stützt sich auf...	nie					immer
1. ... Informationen, die ich über jeden einzelnen PatientInnen erhalte.	1	2	3	4	5	6
2. ... meine Intuition, was für den PatientInnen „richtig“ erscheint	1	2	3	4	5	6
3. ... meine persönliche Erfahrung in der Betreuung von PatientInnen	1	2	3	4	5	6
4. ... das, was sich für mich über Jahre bewährt hat.	1	2	3	4	5	6
5. ... die Art, wie ich es immer gemacht habe.	1	2	3	4	5	6
6. ... Informationen, die ich von ArbeitskollegInnen erhalte.	1	2	3	4	5	6
7. ... das was ÄrztInnen mit mir besprechen	1	2	3	4	5	6
8. ... neue Behandlungen und Medikamente, die ich kennen lerne, wenn sie von ÄrztInnen für PatientInnen verordnet werden.	1	2	3	4	5	6
9. ... Informationen, die ich in meiner Grundausbildung erhielt	1	2	3	4	5	6
10. ... Informationen, die ich durch Teilnahme an Weiterbildungen/Konferenzen (Tagungen, Kongressen) erhalte.	1	2	3	4	5	6
11. ... Informationen, die ich aus Richtlinien und Standards erhalte.	1	2	3	4	5	6
12. ... Informationen, die ich von systematisch erhobenen Daten erhalte. (z.B. Sturzerfassung, Projektevaluation, etc.)	1	2	3	4	5	6
13. ... Artikel aus ärztlichen Zeitschriften.	1	2	3	4	5	6
14. ... Artikel aus pflegerischen Zeitschriften. (z.B. „Österr. Pflegezeitschrift“ des ÖGKV, etc.)	1	2	3	4	5	6
15. ... Artikel aus pflegerischen Forschungszeitschriften. (z.B. Zeitschrift „Pflege“, „Journal of Advanced Nursing“, etc.)	1	2	3	4	5	6
16. ... Informationen aus Lehrbüchern.	1	2	3	4	5	6
17. ... Informationen aus dem Internet.	1	2	3	4	5	6
18. ... Informationen aus den Medien. (z.B. Magazine, Fernseher, etc.)	1	2	3	4	5	6

- B. Welche der obigen Informationsquellen sind für Dich im Pflegealltag besonders wichtig?
Bitte nenne mir die drei wichtigsten mit der Nummer der Informationsquelle.

Nr. _____ am wichtigsten / Nr. _____ am zweitwichtigsten / Nr. _____ am drittwichtigsten

C. Abschließend bitte ich Dich noch um einige Angaben zu Deiner Person:

1. **Alter:** _____ Jahre

2. **Geschlecht:** weiblich
 männlich

3. **Berufstätigkeit:** Vollzeit
 Teilzeit: _____ Std./Woche

4. **Berufserfahrung als DGKS:** _____ Jahr/e

5. **Weiterbildungen / Zusatzausbildungen im Bereich der Pflege:**

Für Deine Mitarbeit bedanke ich mich herzlich!

Genehmigung zur Durchführung der Studie im Rudolfinerhaus

Elisabeth Kugler
Direktorin des Pflegedienstes
Rudolfinerhaus
Billrothstr. 78
1190 Wien

Wien, 25.02.2009

An Fr. Beatrix Balasko
DGKS, Station Fell 1

Betreff: Genehmigung zur Durchführung der Studie von Beatrix Balasko in RH

Ich genehmige hiermit die Durchführung der Studie zum Thema: „Die klinische Entscheidungsfindung als zentrales Thema der EBN. Eine Untersuchung über die verschiedenen Wissensquellen der pflegerischen Entscheidungsfindung im Akutspital“ mit folgender Vorgangsweise:

- die Befragung erfolgt in schriftlicher Form mittels standardisierten Fragebogen
- befragte Personen: ausschließlich DGKS von stationären Bereich (inkludiert werden die Stationen: Fell1, Fell2, Bill, Rud, WP, W1 und W2), ausgenommen die Stationsleitungen
- Zeitrahmen der Befragung: vier Wochen, geplant von Mitte April bis Mitte Mai dieses Jahres
- Berücksichtigung der ethischen Aspekte in Rahmen der Durchführung der Studie (Information, Freiwilligkeit, Anonymität, sorgfältigen Umgang mit Daten)



Direktorin des Pflegedienstes

25.2.09

Die Verfasserin (Curriculum vitae)

Geboren 1973 in Petrosani – Rumänien. Seit 1990 in Österreich. Im Juni 1993 am Bundesrealgymnasium Traun maturiert. Es folgte die Berufsausbildung zur DGKS an der Allgemeinen Krankenpflegeschule im Diakonissen-Krankenhaus Linz. Seit 1997 angestellt als DGKS in der PKA Rudolfinerhaus Wien. Seit 2009 übe ich hier die Funktion der Pflegeberaterin aus und bin Mitglied des Pflegearbeitskreises und Mitarbeiterin der Stabstelle für Pflegeentwicklung. Als bedeutsame Weiterbildungen ist das Studium zur pädagogischen Gesundheitsberaterin an der Akademie für Gesundheit und Kompetenz Linz und das Studium der Pflegewissenschaft an der Universität Wien zu vermerken.

Sprachkenntnisse:

Ungarisch, Rumänisch, Deutsch, Französisch, Englisch

