universität wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

Einstellungen zur Forschungsanwendung im Wandel?

Einstellungen von Pflegepersonen gegenüber Forschungsanwendung vor und nach einem Schulungsprogramm über evidenzbasierte Pflege am Beispiel eines onkologischen Krankenhaussettings

verfasst von / submitted by

Licenciada Ana Raquel Valente dos Santos Cartaxo

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Master of Science (MSc)

Wien, 2019 / Vienna, 2019

Studienkennzahl lt. Studienblatt / degree programme code as it appears on the student record sheet:	A 066 330
Studienrichtung lt. Studienblatt / degree programme as it appears on the student record sheet:	Masterstudium Pflegewissenschaft UG2002
Betreut von / Supervisor:	Univ.-Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer

Danksagung

Para a minha querida Família: para os meus pais, Maria e Luís, que sempre me inspiraram e formaram as minhas expectativas para a vida, atraves do seu amor incondicional e exemplo lutador e incansavel que sempre foram; para o meu marido João, que sempre acompanhou os meus bons e maus momentos, fomentando e carregando os meus sonhos e ensinando-me a usufruir da vida; para a minha filha Eva, que me faz ser o melhor de mim e me salva a vida todos os dias.

An Univ.-Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer für die Bereitschaft meine Masterarbeit zu begleiten und zu begutachten.

An meine Projektgruppe der Lehrveranstaltung Praxisprojekt Forschungsanwendung und an die damaligen Lehrveranstaltungslehrenden Mag. Dr. Anneliese Lilgenau und Mag. Beatrix Balasko für die Gestaltung der wissenschaftlichen Grundlagen, die als Basis des Schulungsprogramms dieser Masterarbeit fungierten.

An Pflegedirektorin Isabell Koßmann und Pflegedirektorin Elisabeth Marcher für das Erkennen der Relevanz des Themas und Anbieten des Forschungsfeldes.

An Mag. Christoph Kapeller und an Indira Holub, MPH für die fachliche Unterstützung und Zusammenarbeit, für ihre Motivation und für die praxisorientierte kritische Würdigung in der Umsetzung dieses Studiendesigns.

An Karin Kapeller und Miriam Strauss für das engagierte Korrekturlesen meiner Masterarbeit.

„Es ist nicht genug zu wissen, man muss es auch anwenden; es ist nicht genug zu wollen, man muss es auch tun“

J. Wolfgang von Goethe

“No amount of research will make any difference to practice if it is not utilized”

K. Parahoo

Abstrakt

Problembereich: Forschungsanwendung ist eine der Voraussetzungen für evidenzbasierte Pflegepraxis (ebP). Es ist in der Literatur beschrieben, wie die Einstellungen von Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP) gegenüber Forschungsanwendung eine wichtige individuelle Determinante zu ebP sind. Im deutschsprachigen Raum werden die Einstellungen von DGKP negativer bewertet als in angloamerikanischen Ländern. Die Entwicklung und Umsetzung von Interventionen, die die Einstellungen von Pflegepersonen gegenüber Forschung positiv beeinflussen können, fördert indirekt die Anwendung von Pflegeforschungsergebnissen in der PatientInnenversorgung.

Ziel: Ziel dieser Studie ist festzustellen, ob das Angebot von Fortbildungsmaßnahmen – in Form eines Schulungsprogramms und Arbeitsmaterialien zur Thematik ebP – die Einstellungen von DGKP gegenüber Forschungsanwendung im klinischen Bereich beeinflussen können. Zusätzlich wird untersucht, ob es individuelle Merkmale gibt, die einen besonderen Effekt auf die Variable Einstellung haben.

Methode: Es wurde eine deskriptive Längschnittstudie in Form einer Interventionsstudie ohne Kontrollgruppe durchgeführt. Eine Erhebung mittels Fragebogen wurde vor (*Presurvey*) und nach (*Postsurvey)* einem Schulungsprogramm bei einer unverbundenen Gelegenheitsstichprobe im onkologischen Krankenhaussetting angewendet. Das Schulungsprogramm wurde an das Advancing Research and Clinical practice through close Collaboration (ARCC) Modell und an die Theorie des geplanten Verhaltens (Ajzen, 1991) gestützt entwickelt. Der Fragebogen zur Anwendung von Forschung in der Pflege (Champion und Leach, 1989) wurde als Messinstrument ausgewählt. Die Ergebnisse wurden dann mit Mann-Whitney U-Test, Pearson und Spearman Korrelationen analysiert.

Ergebnisse: Pflegepersonen zeigten vor der Intervention eine durchaus positive Gesamteinstellung gegenüber Forschungsanwendung. Die gesamten Einstellungen von Pflegepersonen gegenüber Forschungsanwendung konnten durch das Angebot eines Schulungsprogramms nicht signifikant geändert werden (Mittelwert (M) = 2,22 [SD = 0,6] vs. M = 2,15 [SD = 0,6]). Die positivsten Einstellungen von Pflegepersonen gegenüber Forschungsanwendung betreffen Aussagen, die die Notwendigkeit die Pflegepraxis auf Forschungsergebnisse zu stützen und den Bedarf die Pflegepraxis anhand Forschungsergebnisse zu verändern, ausdrücken. Diese Einstellungen wurden nach dem Schulungsprogramm signifikant positiver bewertet (M_{B01}= 2,14 vs. 1,61 [p= 0,011, KI=95%]; M_{B05}= 2,03 vs. 1,67 [p= 0,042, KI=95%]). Die negativsten Einstellungen betreffen Aussagen, die das Interesse von Pflegepersonen zu dem Thema Forschungsanwendung abbilden. Diese haben sich nach dem Schulungsprogramm nicht signifikant geändert. Signifikante positive Korrelationen wurden zwischen Einstellungen von Pflegepersonen und soziodemografische und berufliche Merkmale identifiziert. So zeigten Geschlecht (p= 0,017, KI=95%), Berufserfahrung (p= 0,001, KI=95%) und Vorerkenntnisse in Pflegefor-

schung (p= 0,013, KI=95%) signifikante Korrelationen mit Einstellungen von Pflegepersonen gegenüber Forschungsanwendung.

Diskussion: Die Untersuchung hätte von einer größeren Stichprobe und von der Analyse einer verbundenen Stichprobe profitiert. Das angebotene Schulungsprogramm bedurfte einen methodisch, wissenschaftlichen Entwicklungsprozess (wie z.B. Programmtheorie). Weiters hätten die dazugehörigen Arbeitsmaterialien einem Peer Review und ggf. einer Validierung unterzogen werden sollen. Die Wirksamkeit von angebotenen Schulungsprogrammen soll auch hinsichtlich anderer Dimensionen der Forschungsanwendung, z.B. organisationale und kollegiale Unterstützung, untersucht werden.

Abstract

Problem Area: Research Utilization is one of the premises for evidence based nursing. Researches find that nurses´ attitudes towards research utilization are an important individual factor promoting an evidence based practice. Various study results in German speaking countries point to the fact, that nurses still have a relative negative attitudes towards research, especially when compared to other international studies. The development and implementation of initiatives that promote positive attitudes towards research utilization may indirectly contribute to the use of research findings in nursing care.

Aim: The aim of this study was to compare nurses´ attitudes before and after implementing a program of initiatives promoting research utilization in nursing and to find sociodemographic, training and job related factors, which may influence these attitudes.

Method: The study design consists in an intervention study without control group in the form of a pre and post survey. The study intervention was a five step training program based on the Advancing Research and Clinical practice through close Collaboration (ARCC) Modell and Theory of Planned Behaviour (Ajzen, 1991). Hospital Nurses in an oncological setting were invited to participate in the program. Nurses´ Attitudes prior an after the Program were surveyed with the Research Utilization Questionnaire (Champion and Leach, 1989). The results were analysed with Mann-Whitney U-test and Person and Spearman correlation tests.

Results: Nurses showed relatively positive overall attitudes toward research utilization at pre survey. Overall attitudes to research utilization could not be changed significantly by offering a training program (Mean (M) = 2.22 [SD = 0.6] vs. M = 2.15 [SD = 0.6]). The most positive attitudes towards research utilization were statements that support the need to base nursing practice on research findings and the need to change nursing practice based on research findings. These attitudes were also rated significantly better after the training program (MB01 = 2.14 vs. 1.61 [p = 0.011, CI = 95%], MB05 = 2.03 vs. 1.67 [p = 0.042, CI = 95%]). The most negative attitudes concerned statements that reflect nurses' interest in research utilization. These did not change significantly after the training program. Significant positive correlations were identified between nurses´ attitudes and sociodemographic, training and job related characteristics: gender (p = 0.017, CI = 95%), work experience (p = 0.001, CI = 95%) and prior knowledge in nursing research (p = 0.013, CI = 95%) had an influence on the attitudes to research utilization.

Discussion: The study would have benefited from a larger sample and from the analysis of a related sample. The training program would have benefited from a more complex development process. Furthermore, the development of didactic materials should have undergone a peer review and vali-

dation. The effectiveness of training programs should also be considered in regard to other dimensions of the research application, such as organizational and collegial support.

INHALT

1. Einleitung 1

1.1 Persönliches Erkenntnisinteresse und etwaige Vorarbeiten 4

I Theoretischer Teil 5

2. Theoretischer Hintergrund 7

2.1 Pflegewissenschaft als Praxiswissenschaft 7

2.2 Forschungsanwendung in der Pflege 8

2.3 Determinanten von Forschungsanwendung 12

2.4 Herausforderungen zur Forschungsanwendung in der Praxis 14

2.5 Einstellungen von Pflegepersonen gegenüber Forschungsanwendung 16

2.6 Theorie des geplanten Verhaltens und Vorhersage von Verhaltensintentionen von Pflegepersonen 17

2.7 Stand der Forschung 20

II Empirischer Teil 23

3. Ziel und Forschungsfrage 25

4. Studiendesign 27

4.1 Schulungsprogramm als Intervention 27

4.1.1 Grundsätze 27

4.1.2 Schulungsmaßnahmen 31

4.1.3 Arbeitsmaterialien 39

4.1.4 Organisationelle Unterstützung 44

5. Datenerhebung 45

5.1 Messinstrument 45

5.2 Fragebogenadaptierung 47

5.3 Forschungsfeld 48

5.4 Stichprobe und Einschlusskriterien 48

5.5 Ethische Überlegungen 49

6. Datenauswertung 51
6.1 Indexberechnung 54
6.2 Umgang mit fehlenden Antworten 56
6.3 Datenniveau, Auswertung und Interpretation der abhängigen Variablen 56

7. Ergebnisse 57
7.1 Presurvey 57
7.1.1 Stichprobenbeschreibung 57
7.1.2 Ergebnisse: Einstellung gegenüber Forschungsanwendung 60
7.1.3 Gegenüberstellung von unabhängigen und abhängigen Variablen 64
7.2 Postsurvey 67
7.2.1 Stichprobenbeschreibung 67
7.2.2 Ergebnisse: Einstellung gegenüber Forschungsanwendung 69
7.2.3 Ergebnisse: Teilnahme am Schulungsprogramm 75
7.2.4 Gegenüberstellung von unabhängigen und abhängigen Variablen 78
7.3 Gegenüberstellung der Ergebnisse der Pre- und Postsurvey 82
7.3.1 Änderung der positiven Einstellungen zur Forschungsanwendung 82
7.3.2 Änderung der negativen Einstellungen zur Forschungsanwendung 85
7.3.3 Änderung des Mittelwertindexes Einstellungen_gesamt 85
7.4 Abschließende Statistik 91
7.5 Beantwortung der Forschungsfragen 91
7.6 Zusammenfassung der Ergebnisse 96

8. Diskussion 99

9. Limitationen 105

10. Forschungsausblick 107

11. Referenz 109
11.1 Literaturverzeichnis 109
11.2 Anhangsverzeichnis i

Abkürzungsverzeichnis

% - Prozent

25 P - q(25%) bzw. 25% Quantil

75 P - q(75%) bzw. 75% Quantil

ARCC© - Advancing Research and Clinical practice through close Collaboration

bzw. - beziehungsweise

DACH - deutschsprachiger Raum (bzw. Deutschland, Österreich, Schweiz)

DGKP - Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen

EBN - evidence based nursing

ebP - evidenzbasierte Praxis

F. - Forschung

FA - Forschungsanwendung

GQG - Gesundheitsqualitätsgesetz

GuKG - Gesundheits- und Krankenpflege Gesetz~~tes~~

i.e. - id est bzw. das heißt

ICN - International Council of Nurses

Max - Maximum

Min - Minimum

M - Mittelwert

N - Anzahl

SD - Standardabweichung

SJKH - St.-Josef Krankenhaus

TBP - Theorie des geplanten Verhaltens (Theory of Planned Behaviour)

u. - und

u. a. - unter anderen

WHO - World Health Organisation

z.B. - zum Beispiel

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 - Arten von Forschungsanwendung laut Estabrooks (1999) und Estabrooks et al. (2003b)

Abbildung 2 - Individuelle Charakteristika von Pflegepersonen, die eine Forschungsanwendung begünstigen

Abbildung 3 - Herausforderungen zur Forschungsanwendung in der Pflege

Abbildung 4 - TPB Modell

Abbildung 5 - Die fünf Schritten von ebP

Abbildung 6 - Forschungswissen (PS Praxisprojekt Forschungsanwendung)

Abbildung 7 - Ergebnis der ExpertInneninterviews am Beispiel des Assessments der Mundhöhle

Abbildung 8 - Zusammenfassung der Wissensquellen am Beispiel des Assessments der Mundhöhle

Abbildung 9 - Veranstaltung – *EBN Standard: worum geht es?*

Abbildung 10 - Poster – *Evidenzbasierte Pflege – wie läuft es?*

Abbildung 11 - Beschreibung von Schulungsmaßnahmen, deren Ziele und Schwerpunkte

Abbildung 12 - EBN-Standard

Abbildung 13 - WHO Oral Toxicity Scale

Abbildung 14 - Mundpflegepass mit PatientInnentagebuch

Abbildung 15 - Mundpflegetasche

Abbildung 16 - Gelegenheitsstichprobe

Abbildung 17 - Statistischer Auswertungsplan

Abbildung 18 - Rücklaufquote der 1. Erhebung nach Fachabteilung

Abbildung 19 - Rücklaufquote der 2. Erhebung nach Fachabteilung

Abbildung 22 - Überprüfung der Voraussetzungen zu statistischen Testverfahren

Abbildung 21 - Einstellungen von Pflegepersonen gegenüber Forschungsanwendung anhand eines Schulungsprogramms im onkologischen akuten Krankenhausbereich (Cartaxo, 2018)

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 - Fragebogen zur Forschungsanwendung in der Pflege: Abschnitt B „Attitude“

Tabelle 2 - Auszug aus dem Fragebogen: Alter und Teilnahme am Schulungsprogramm

Tabelle 3 - Negativ formulierte Fragen

Tabelle 4 - Vorschlag für Umformulierung der Antwortmöglichkeiten

Tabelle 5 - Antwortmöglichkeiten bei positiv und negativ formulierten Fragen

Tabelle 6 - Soziodemografische Merkmale – Presurvey

Tabelle 7 - Berufliche Merkmale - Presurvey

Tabelle 8 - Bildungsmerkmale - Presurvey

Tabelle 9 - Soziodemografische Merkmale - Postsurvey

Tabelle 10 - Berufliche Merkmale - Postsurvey

Tabelle 11 - Bildungsmerkmale: Bildungsabschluss und Vorkenntnisse - Postsurvey

Tabelle 12 - Änderung der positiven Einstellungen zur Forschungsanwendung (Mittelwertvergleich)

Tabelle 13 - Änderung der negativen Einstellungen zur Forschungsanwendung (Mittelwertvergleich)

Tabelle 14 - Zusammenfassung der Ergebnisse von Pre- und Postsurvey (Gültige %/Lagemäße)

Tabelle 15 - Beantwortung der Forschungsfrage HF anhand Mittelwertindex Einstellungen_gesamt

Tabelle 16 - Beantwortung der Forschungsfrage HF anhand einzelner Einstellungen

Tabelle 17 - Beantwortung der Forschungsfrage UF1, UF2 und UF3 anhand vom Einstellungen_gesamt

Tabelle 18 - Beantwortung der Forschungsfrage UF1, UF2 und UF3 anhand von einzelnen Einstellungen

Grafikverzeichnis

Grafik 1 - Berufserfahrung in Jahren (klassiert) - Presurvey

Grafik 2 - Positive Einstellungen von Pflegepersonen – Presurvey (Gültige %)

Grafik 3 - Positive Einstellungen von Pflegepersonen – Presurvey (Mittelwert)

Grafik 4 - Negative Einstellungen von Pflegepersonen – Presurvey (Gültige %)

Grafik 5 - Negative Einstellungen von Pflegepersonen – Presurvey (Mittelwert)

Grafik 6 - Einstellungen von Pflegepersonen – Presurvey

Grafik 7 - Einstellungen von Pflegepersonen nach Altersgruppen – Presurvey

Grafik 8 - Einstellungen von Pflegepersonen nach Geschlecht - Presurvey

Grafik 9 - Einstellungen von Pflegepersonen nach Berufserfahrung - Presurvey

Grafik 10 - Einstellungen von Pflegepersonen nach Bildungsabschluss - Presurvey

Grafik 11 - Einstellungen von Pflegepersonen nach Bildungsabschluss (Box Plot) - Presurvey

Grafik 12 - Einstellungen von Pflegepersonen nach Vorkenntnissen - Presurvey

Grafik 13 - Berufserfahrung in Jahren (klassiert) - Postsurvey

Grafik 14 - Positive Einstellungen von Pflegepersonen – Postsurvey (Gültige %)

Grafik 15 - Positive Einstellungen von Pflegepersonen – Postsurvey (Mittelwerte)

Grafik 16 - Negative Einstellungen von Pflegepersonen – Postsurvey (Gültige %)

Grafik 17 - Negative Einstellungen von Pflegepersonen – Postsurvey (Mittelwerte)

Grafik 18 - Einstellungen von Pflegepersonen – Postsurvey

Grafik 19 - Teilnahme am Schulungsprogramm / TeilnehmerInnenzahl pro Maßnahme (Anzahl u. Gültige %)

Grafik 20 - Teilnahme am Schulungsprogramm / Anzahl von Maßnahmen pro TeilnehmerInnen (Anzahl u. Gültige %)

Grafik 21 - Einstellungen von Pflegepersonen nach Teilnahme am Schulungsprogramm (Lagemäße/Box Plot)

Grafik 22 - Einstellungen von Pflegepersonen nach Altersgruppen - Postsurvey

Grafik 23 - Einstellungen von Pflegepersonen nach Geschlecht - Postsurvey

Grafik 24 - Einstellungen von Pflegepersonen nach Berufserfahrung - Postsurvey

Grafik 25 - Einstellungen von Pflegepersonen nach Bildungsabschluss - Postsurvey

Grafik 26 - Einstellungen von Pflegepersonen nach Bildungsabschluss (Box Plot) - Postsurvey

Grafik 27 - Einstellungen von Pflegepersonen nach Vorkenntnissen - Postsurvey

Grafik 28 - Änderung der positiv formulierten Einstellungen zur Forschungsanwendung (Gültige %)

Grafik 29 - Änderung des Mittelwertindexes Einstellungen_gesamt (Mittelwertvergleich)

Grafik 30 - Änderung der negativ formulierten Einstellungen zur Forschungsanwendung (Gültige %)

Grafik 31 - Vergleich der Verteilung von Einstellungen_gesamt (vor und nach Schulungsprogramm)

Grafik 32 - Vergleich der Verteilung von B01 (vor und nach Schulungsprogramm)

Grafik 33 - Vergleich der Verteilung von B05 (vor und nach Schulungsprogramm)

1. Einleitung

Pflegewissenschaft ist eine relativ rezente Disziplin im deutschsprachigen Raum (DACH) (Haslinger-Baumann, Lang & Müller, 2014; Breimaier, Halfens & Lohrmann, 2011; Meyer, Balzer & Köpke, 2013). Das erste Vollzeitstudium für Pflegewissenschaft wurde in Österreich im Wintersemester 1999/2000 an der Universität Wien durch die „Individuellen Diplomstudien Pflegewissenschaft“ eingeführt. Seit der Aktualisierung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes im Jahr 1997 wurde Pflegewissenschaft in den Lehrveranstaltungen der Pflegeausbildung-Curricula standardmäßig eingeschlossen (Haslinger-Baumann, Lang & Müller, 2014; Breimaier, Halfens & Lohrmann).
Seit Ende der 90er Jahre wird im Rahmen der Notwendigkeit der Verwissenschaftlichung der Pflegepraxis ebenfalls das Konzept von evidenzbasierter Praxis (ebP) diskutiert und als

> „grundlegend für eine moderne, wissenschaftlich fundierte Pflegepraxis“ (Köpke, Wrobel, Behncke & Balzer, 2013)

definiert. Mittels der neuen Pflegeausbildungscurricula wird die Wichtigkeit der Anwendung von Forschung in der Pflegepraxis implizit durch die Inklusion von Pflegewissenschaft in den gelehrten Inhalten vermittelt (Breimaier et al., 2011).

Nach Dassen und Buist (1994 in Mayer, 2018) ist Pflegewissenschaft

> „das wissenschaftliche Studium von Phänomenen oder Situationen, in denen Menschen Pflege brauchen, und sie ist gleichzeitig das Studium von Handlungen von Krankenschwestern und -pflegern“.

Im diesem Sinn bemüht sich die Pflegeforschung um die Wissensvermehrung über solche Phänomene und Handlungen in der Pflegepraxis mittels Einsatz systematischer und wissenschaftlicher Methoden (Mayer, 2018). Mayer (2018) betont in ihrer Arbeit über die Grundlagen der Pflegeforschung, dass eine effiziente Pflegepraxis ohne wissenschaftlich fundierte Wissensgrundlagen nicht auskommen kann.
Bereits Ende der 80er Jahre warnten Walsh und Ford (1989), dass die professionelle Integrität der Pflege durch die Abhängigkeit von einer erfahrungsbasierten Praxis bedroht sei. Zudem machten andere Autoren darauf aufmerksam, dass die Ausübung des Pflegeberufes auf einer erfahrungsbasierten Weise die deutliche Antithese der Professionalität in sich selbst ist, die die Qualität der PatientInnenversorgung gefährden kann (Winter, 1990 in Hutchinson & Johnston, 2004).
Die Anwendung von Forschung soll dazu beitragen, dass durch die Entwicklung von wissenschaftlich basierten Normen die Pflegequalität und Versorgungsstruktur gesichert werden (Mayer, 2018). Die Anwendung von Forschung in der Pflege ist also eine Grundvoraussetzung, nicht nur für die Weiter-

entwicklung des Faches und Entstehung der Pflege als Profession, sondern auch für die Sicherung der PatientInnensicherheit in der Pflegepraxis.

Internationale Organe für Gesundheitswesen und für die Pflegeprofession bestätigen (World Health Organisation [WHO], 2003 und International Council of Nurses [ICN], 2007), dass Pflegepersonen eine wesentliche Rolle in der Leistung positiver PatientInnenergebnisse spielen und fordern, dass die Pflege - als autonomer Beruf - angemessene Standards für eine optimale Pflegebetreuung in der Praxis entwickeln und umsetzen können soll. Die österreichische Regierung fordert ebenso gesetzlich, dass PatientInnen eine Gesundheitsversorgung zu leisten ist, die auf anerkannt wissenschaftlichen Erkenntnissen basiert (Gesundheitsqualitätsgesetz [GQG], 2013). In der Novellierung des GuKG im Jahr 2016 wird zusätzlich im Kernkompetenzbereich von DGKP die Berufspflicht beschrieben, wissenschaftliche, evidenz- und forschungsbasierte Handlungen durchzuführen (§14, GuKG, 2016).

Im DACH beschäftigen sich mit dem Thema der Wissensvermehrung bereits mehrerer Organisationen, wie z.B. das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege der Hochschule Osnabrück, die der Praxis eine wissenschaftliche Fundierung in Form von Expertenstandards und evidenzbasierten Leitlinien anbieten. Die Umsetzung von neuen Erkenntnissen, von Expertenstandards oder evidenzbasierten Leitlinien ist dennoch begrenzt.

Es besteht das Problem, dass die Akademisierung der Pflege mit einer Verwissenschaftlichung der Pflegepraxis nicht einhergeht (Schaffer, 1994, in Spicker, 2001). D.h. obwohl Pflegewissenschaft im deutschsprachigen Raum voranschreitet, werden neue Erkenntnisse schwer in der Praxis abgerufen und integriert. Gemäß einer Studie von Breimaier et al. (2011) stützt nur ein geringer Teil von DGKP ihre Handlungen auf aktuell wissenschaftlichen Erkenntnissen. Laut der Autoren geben ca. 77,4% der in Österreich befragten DGKP zu, nie oder selten Forschungsergebnisse in ihrer Praxis gezielt benutzt zu haben. Weiters bestätigt der Großteil der DGKP über aktuelle Forschungsergebnisse nicht informiert zu sein. Köpke et al. (2013) und Haslinger-Baumann, Lang und Müller (2014) bestätigen in ihren Befunden ebenso diese Ergebnisse.

Laut dieser Studien wird Pflege primär als Erfahrungs- und noch nicht als wissenschaftliche Disziplin angesehen, sowohl seitens der öffentlichen Meinung als auch seitens der DGKP selbst (Breimaier et al., 2011; Haslinger-Baumann, Lang und Müller, 2014).

Um diesem Problem laut Köpke et al. (2013) entgegenzuwirken, bedarf es der Entwicklung einer *Fragekultur* und der Beschaffung von individuellen Fertigkeiten und institutioneller Ressourcen, die die Förderung einer wissenschaftlich basierten Pflegepraxis ermöglichen. Diese Schritte sollen einen Paradigmenwechsel der Pflegepraxis in Österreich Richtung Professionalisierung des Berufes begünstigen.

Zugleich soll die Wichtigkeit von Fertigkeiten und Einstellungen von DGKP zu dem Thema Forschungsanwendung für die wissenschaftliche Weiterentwicklung des Pflegeberufs wahrgenommen

werden (Squires, Estabrooks, O'Rouke, Gustavsson, Newburn-Cook & Wallin, 2011; Wallin, Boström, Wikblad & Ewald, 2003; Wallin, Boström & Gustavsson, 2012; Lizarondo, Grimmer-Somers & Kumar, 2011).

In diesem Sinn, wie in der Literatur zu diesem Thema erwähnt, sind institutionelle Schulungsmaßnahmen und praxisnahe Projekte ein möglicher Weg, wodurch positivere Einstellungen seitens DGKP gegenüber Forschungsanwendung begünstigt werden können (Champion & Leach, 1986; Estabrooks, Wallin & Milner, 2003b; Melnyk, Fineout-Overholt, Fischbeck-Feinstein, Li, Small, Wilcox & Kraus, 2004; Melnyk, Fineout-Overholt, Mays, 2008; Melnyk, Fineout-Overholt, Stillwell & Williamson, 2010; Squires et al., 2011).

Obwohl positive Einstellungen gegenüber Forschungsanwendung per se nicht unbedingt auch eine ebP bedeuten, denn auch wenn Pflegepersonen eine positive Einstellung gegenüber Forschungsanwendung besitzen, bedeutet dies nicht, dass sie Forschungsergebnisse in der Praxis implementieren können, zeigten mehrere Autoren, dass die Einstellung eine der wichtigsten individuellen Determinanten zur Forschungsanwendung ist und dass sie eine wichtige Voraussetzung für eine ebP darstellt.

Diese Studie versucht sich den obengenannten Schwerpunkten durch die Erarbeitung einer praxisnahen Fragestellung und durch fachlichen Austausch zwischen DGKP anzunähern. Die Studie von Breimaier et al. (2011) zeigt immerhin, dass DGKP ein sehr hohes Interesse an wissenschaftlich basierten Informationen haben, wenn sich diese auf ein bestimmtes Phänomen oder Problem der Pflegepraxis fokussieren, mit denen Pflegende Kontakt in ihrem beruflichen Alltag haben. So kann das Angebot eines Schulungsprogramms zu evidenzbasierten Praktiken und der Implementierung eines evidenzbasierten Standards zur Prävention von Mundschleimhautinfektionen auf einem onkologischen Setting als fördernde Interventionen für positivere Einstellungen gegenüber Forschungsanwendung begründet werden. Die diversen Schulungsmaßnahmen sollten in diesem Kontext dazu beitragen, dass sich die Einstellungen von DGKP Richtung evidenzbasierter Pflege ändern. Solche Maßnahmen werden als interaktiv sozialer Prozess gestaltet und stellen somit die Möglichkeit zur Veränderung auf.

So findet dieses Forschungsprojekt die Begründung seiner Relevanz im aktuellen Kontext des Pflegeberufes in Österreich.

1.1 Persönliches Erkenntnisinteresse und etwaige Vorarbeiten

Zwischen 2010 und 2014 arbeitete die Autorin mit onkologischen PatientInnen im extramuralen palliativen und intramuralen akuten Setting. Orale Mukositis war eine häufige Therapienebenwirkung, mit der die Autorin in dieser Zeit Kontakt hatte.

Im Rahmen der Lehrveranstaltung Praxisprojekt Forschungsanwendung an der Universität Wien wurde unter Betreuung von Mag. Beatrix Balasko und Mag. Dr. Anneliese Lilgenau ein Pflegestandard zur Prävention von Mundschleimhautinfektionen bei PatientInnen unter Chemo- und Strahlentherapie entwickelt. Nach Rücksprache mit der Arbeitsgruppe wurde dieser Standard von der Autorin weiterentwickelt und als wichtige Wissensquelle für die Implementierung eines evidenzbasierten Pflegestandards im akuten onkologischen Setting genutzt.

Seit 2016 arbeitet die Autorin als Pflegequalitätsbeauftragte und ist u.a. für die Förderung der Vernetzung zwischen Theorie und Praxis verantwortlich. Im diesem Rahmen wurde die vorliegende Studie entwickelt, auch mit dem Ziel, die bestehenden Arbeitsprozesse in der Organisation, für welche die Autorin tätig ist, zu optimieren.

I Theoretischer Teil

2. Theoretischer Hintergrund

2.1 Pflegewissenschaft als Praxiswissenschaft

Die Wissensproduktion begleitete die Pflege auf ihrem Weg vom Heilberuf zur Gesundheitsprofession seit dem späten 19. Jahrhundert. Pflegewissenschaft und Pflegeforschung entwickelten sich kontinuierlich parallel zur Verberuflichung- und Professionalisierungsbestrebungen und nutzen – zusätzlich zu anerkannten Methoden der Sozial- und Gesundheitswissenschaften – aus wissenschaftstheoretischer Sicht eine eigene Form der Wissensproduktion (Schrems, 2009; Mayer, 2018).

Wissensproduktion versteht sich laut Schrems (2009) als

> „Gewinnung von Erkenntnissen mit bestehenden oder eigens dazu entwickelten Methoden und die Entwicklung eines auf diesen Erkenntnissen basierenden Fachwissens mit einer eigenen Terminologie. Das Ergebnis dieses Prozesses ist ein Wissen, das allgemein zugänglich ist, den Kriterien der wissenschaftlichen Güte und der Praktikabilität entspricht und von der eigenen Disziplin als Standard oder *state of the art* anerkannt wird".

Die Wissensproduktion in der Pflegewissenschaft erfolgt praxisnah mit Fokus auf Menschen, die Pflege benötigen, und auf Handlungen, die auf diese Bedarfe hinzielen. Dieser Praxisbezug wird aber nicht nur durch den Gegenstand der Pflegewissenschaft vorgegeben, sondern wurde durch die verschiedenen Annäherungsprozesse zwischen Forschung und Gesellschaft, die zur Zeit der Entwicklung von Pflegeforschung sehr markant waren, geprägt. So beschreiben Nowotny, Scott und Gibbons (2008, in Schrems 2009), dass Wissenschaft und Gesellschaft am Ende des 20. Jahrhunderts und im 21. Jahrhundert zu einem Phänomen der Grenzüberschreitung geworden sind. Wissenschaft wird nicht mehr an den Universitäten betrieben, sondern vermehrt sich durch die Steigerung von akademisch ausgebildeten Personen in Schlüsselrollen in den verschiedensten gesellschaftlichen Positionen. Auf der anderen Seite fördert die Gesellschaft die Entwicklung von Forschung, deren Ergebnisse gesellschaftliche bzw. praxisrelevante Anwendung finden sollen (Schrems 2009).

Diese Anwendungsorientierung ist ein Hauptmerkmal einer neuen Form von Wissensproduktion, die sich Modus 2-Wissenschaft nennt. Pflegewissenschaft ist von dieser Anwendungsorientierung sehr geprägt: die Produktion von Wissen in der Pflege zielt, wie bereits erwähnt, auf Herausforderungen der Pflegepraxis. Die Wissensproduktion in der Pflegewissenschaft erfolgt also im Kontext der Anwendung, in einem Prozess namens *Kontextualisierung* (Schrems 2009).

Kontextualisierung als Kernelement der Wissensproduktion in der Pflege bedeutet, dass sich Pflegewissenschaft als Disziplin im Prozess von Forschung und Generierung von neuem Wissen für andere

Kooperationen öffnet: zu anderen Wissenschaften, aber auch zu anderen gesellschaftliche Entitäten wie Firmen, Industrien oder Anwender (Schrems 2009).

Vor diesem Hintergrund lässt sich die Relevanz des Themas Forschungsanwendung in der Pflege auch begründen: Pflegeforschung kommt aus einer Notwendigkeit der Praxis und entwickelt als Antwort auf diese Notwendigkeit praxisrelevantes Wissen. Diese duale Beziehung, wo die Grenzen zwischen Theorie und Praxis in der Pflegewissenschaft als Modus 2-Wissenschaft gemildert sind, ermöglicht die Weiterentwicklung der Forschung und der Praxis Hand in Hand.

Die Entwicklung der Praxis ist allerdings nur möglich, wenn die Ergebnisse der Pflegeforschung zurück in die Praxis bzw. an die Anwender und an die Zielgruppe, die das Forschungsvorhaben in bestimmten Fällen selbst ausgelöst haben, kommen können. Forschung kommt aus der Praxis in die Praxis, durch die Prozesse der Forschungsanwendung und dadurch entwickelt sich die Fachlichkeit und Qualität der Pflegepraxis weiter.

2.2 Forschungsanwendung in der Pflege

Forschung ist ein Versuch, das Wissen eines Faches systematisch und durch wissenschaftliche Methoden in der Praxis zu vermehren und zu entwickeln (Hockey, 1983, Käppeli, 1994 in Mayer, 2018). Mayer (2018) beschreibt Pflegeforschung in diesem Sinn als Mittel der Pflegewissenschaft, das die Theorienüberprüfung, das Formulieren und Beantworten von Fragestellungen aus der Pflegepraxis und die Schaffung von Grundlagen für die Entwicklung neuer Theorien ermöglicht. Sie ist somit das Bindeglied, das die Vernetzung von Erfahrungen, Kenntnissen, Handlungen und Wissenschaft im Pflegebereich zulässt (Mayer, 2018).

Aus dieser Definition heraus ist Forschung als Grundlage der Praxisentwicklung und Mittel zur Verwissenschaftlichung der Praxis zu verstehen. Diese Verwissenschaftlichung der Pflegepraxis ist erforderlich, um die PatientInnensicherheit und die Qualität des pflegerischen Handelns zu sichern. Allerdings findet eine regelmäßige Implementierung und Umsetzung der Ergebnisse aus der Pflegeforschung in der Praxis nur schwer statt.

Die traditionellen Grundlagen des Pflegewissens stützen sich, wie mehrere Studien über Forschungsanwendung in der Pflege bestätigen, vermehrt auf unstrukturierte Wissensquellen und auf andere wissenschaftlichen Disziplinen (Mayer, 2018). Wie Mayer (2018) beschreibt, ist

> „der Einfluss althergebrachter Methoden und Gehorsam gegenüber geschriebenen und ungeschriebenen Regeln (…) in der Pflege noch sehr mächtig. Neue Methoden werden nur sehr zögernd ausprobiert und ihre Anwendung wird oft behindert. Viele Pflegepersonen stehen ihrem eigenen Tun unkritisch gegenüber und sind kaum bereit, eingefahrene Wege zu verlassen“.

Diese Haltung gegenüber neuem Wissen findet ihren Ursprung teilweise in der historischen Entwicklung des Pflegeberufs. Ursprünglich im Mittelalter sehr stark mit religiösen Organisationen verknüpft, ist die Tradition des Pflegeberufes keine wissenschaftliche, sondern mit Dienen und Helfen verbunden (Käppeli, 1994, in Mayer, 2018). Auch die Abhängigkeit der Medizin als Untermauerung pflegerischen Handelns war am Anfang des 20. Jahrhunderts noch sehr präsent, wo Pflege noch als Hilfsberuf der Medizin definiert war und Pflegepersonen die Fähigkeit, Wissenschaft zu betreiben, abgesprochen wurde (Mayer, 2018).

Erst 1907 startete in den USA eine neue Bewegung, als Pflegepersonen die erste Lehrveranstaltung auf der tertiären Bildungsebene an der Columbia University New York anboten. Ca. 50 Jahre später erschien dort die erste wissenschaftliche Zeitschrift in der Pflege, mit dem Ziel, Forschungsdaten zu verbreiten und zugänglich zu machen (Mayer, 2018).

In Europa verliefen die Entwicklungen ab Ende der 50er Jahren mit der Kreierung der ersten universitären Ausbildung für Pflegepersonen an der Edinburgh Universität in Großbritannien unterschiedlich. Die Entwicklung der Pflegeforschung ging seitdem aber Hand in Hand mit der Entwicklung der universitären Ausbildung von Pflegepersonen einher (Mayer, 2018).

Im deutschsprachigen Raum machten diese Entwicklungsschritte andere Prozesse durch. Seit den 80er Jahren wurde Pflegeforschung in Österreich durch kleine Arbeitskreise betrieben, deren Mitglieder durch Weiterbildungsmaßnahmen Forschungskompetenzen erworben haben. Das erste Seminar zum Thema Pflegeforschung wurde 1983 in Wien durch Lisbeth Hockey angeboten. Die erste Institutionalisierung von Pflegeforschung hat dann 1992 in Wien stattgefunden, mit der Gründung der Institutsabteilung für Pflegeforschung unter der Leitung von Elisabeth Seidl und Teil der Johannes-Kepler-Universität in Linz. Mit Einführung des GuKG 1997 werden pflegewissenschaftliche Grundlagen in der Grundausbildung für DGKP angeboten (Mayer, 2018).

An der Universität Wien wurden die ersten Studienangebote auf der tertiären Bildungsebene im Wintersemester 1999/2000 durch die „Individuellen Diplomstudien Pflegewissenschaft“ eingeführt. Heutzutage besteht die Möglichkeit, Bachelor-, Master- und Doktoratsstudien in Pflegewissenschaft an mehreren Fachhochschulen und Universitäten in Österreich zu absolvieren. Ab 2024 werden in Österreich voraussichtlich alle Ausbildungen für den Gehobenen Dienst im tertiären Bereich und somit in der Pflegewissenschaft verankert stattfinden. Anzumerken ist, dass mit Einführung der Pflegewissenschaft auf der universitären Ebene, welche als Praxisfundierung aber auch als Voraussetzung für die Ausübung des Berufes in der Zukunft fungiert, der höchste Grad der Akademisierung des Pflegeberufs in Österreich in den nächsten Jahren erreicht wird.

Das Interesse an wissenschaftlicher Forschung und an der Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse in der Pflegepraxis wird durch die pflegewissenschaftliche Ausbildung und politische Entwicklungen gestärkt.

Politisch entwickelte sich der Pflegeberuf durch die Kreierung wissenschaftlicher Arbeitskreise, durch die Erstellung eines Berufsverbandes und durch die Weiterentwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen. Die Notwendigkeit der Anwendung von Forschung in der Pflegepraxis wird durch all diese Organe verdeutlicht. Am deutlichsten finden Pflegepersonen diese Berufspflicht im Berufsgesetz wieder. So ist im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG, 2018) beschrieben, dass DGKP:

> **„§ 4** (2) (…) sich über die neuesten Entwicklungen und Erkenntnisse der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der medizinischen und anderer berufsrelevanter Wissenschaften regelmäßig fortzubilden
>
> **§ 14** (12) ethisches, evidenz- und forschungsbasiertes Handeln einschließlich Wissensmanagement [fortzutreiben]
>
> **§ 14** (13) Weiterentwicklung der beruflichen Handlungskompetenz [fortzutreiben]
>
> **§ 14** (14) (…) an fachspezifischen Forschungsprojekten und Umsetzung von fachspezifischen Forschungsergebnissen [mitzuwirken]“

haben.

Forschungsanwendung in der Pflege ist also heutzutage Aufgabe aller DGKP, die individuell, auf organisatorischer und gesellschaftlicher Ebene dafür sorgen müssen, dass die Ergebnisse der Pflegeforschung in ihre tägliche Praxis miteinfließen (Mayer, 2018). Was bedeutet es aber, Pflegeforschung anzuwenden?

Forschungsanwendung ist ein Prozess, wodurch spezifisches forschungsbasiertes Wissen (Wissenschaft) in die Praxis implementiert wird (Estabrooks et al., 2003b). D.h. die Ergebnisse von Forschungsarbeiten werden von Pflegepersonen gelesen und kritisch interpretiert. Durch eine fachliche Auseinandersetzung werden neue Wege erkannt, verstanden und gelernt. Neue Interventionen oder Arbeitsprozesse werden dann anhand dieser Erkenntnisse gewagt (Korff, 1977 in Mayer, 2018).

Das ist einerseits ein individueller, aber vielmehr ein systematischer und organisatorischer Prozess im Rahmen des Wissensmanagements. Anders gesagt, die Anwendung von Forschungsergebnissen in der Praxis kann nicht durch einzelne engagierte Personen durchgeführt werden, sondern fordert organisatorische Arbeitsprozesse, die die Relevanz der Forschungsergebnisse vorgeben, die Testung, Implementierung, Überprüfung, Vermehrung und Aufrechterhalten vom neuen pflegerischen Handlungen sicherstellen können – durch Ressourcen, Strukturen und eine Unternehmenskultur bzw. einen Managementstil, die nachhaltige Veränderungen in der Praxis ermöglichen (Mayer, 2018).

Laut Estabrooks et al. (2003b), Squires et al. (2011), Hutchinson und Johnston, (2004) können vier Arten von Forschungsanwendung (FA) in der Praxis stattfinden – instrumentell, konzeptionell, symbolisch und allgemein –, die unterschiedliche Ziele verfolgen (**Abbildung 1**).

Abbildung 1 - Arten von Forschungsanwendung laut Estabrooks (1999) und Estabrooks et al. (2003b)

FA	Beschreibung	Praktische Beispiele
instrumentelle Anwendung	**Anwendung von Forschungsergebnisse auf eine bestimmte und konkrete Weise** *concrete application of research findings in clinical practice*[1]	*guideline implementation i.e. clinical pathway*[2]
konzeptuelle Anwendung	**Forschungsanwendung, die neuen Denkweisen mit sich bringt** *cognitive use of research (...) used to change one's thinking about a specific practice, but may or may not result in a change in action* [1]	*changing thinking*[2]
symbolische Anwendung (überzeugend)	**Forschungsanwendung zwecks Legitimierung, Begründung oder Überzeugung gegenüber Initiativen und Entscheidungen** *use of research as a persuasive or political tool to legitimate a position or influence the practice of others* [1]	*support a predetermined position*[2]
allgemeine Anwendung	**zusammenstellendes Konstrukt: Anwendung jeglicher Forschung auf jede Weise in der klinischen Praxis** *omnibus construct and refers to the use of any kind of research in any way in clinical practice* [1]	- - -

Quelle: Estabrooks (1999) und Estabrooks et al. (2003b) in Squires et al. (2011)[1], Hutchinson und Johnston, 2004[2]

Darstellung: Cartaxo, 2018

Forschung kann allgemein oder mit einer definierten Zielsetzung angewendet werden. Die speziellen Formen der Forschungsanwendung, die sie in ihrer Zielsetzung unterscheiden, sind die instrumentelle, die konzeptuelle und die symbolische Forschungsanwendung. Die instrumentelle Forschungsanwendung beschreibt die direkte Anwendung von Forschung in der Praxis. Die konzeptuelle und symbolische die indirekte Anwendung (Parahoo, 1998).

Die instrumentelle Forschungsanwendung beinhaltet Prozesse, wo Forschungsergebnisse direkt in pflegerische Handlungen der Praxis implementiert werden.

Konzeptuelle Anwendung bedeutet, dass ein neues Konzept in die Praxis eingebracht wird, wodurch Sichtsweisen von Pflegepersonen über ein bestimmtes Phänomen geändert werden. Ein Beispiel kann sein, dass ein neues Pflegekonzept anhand des Salutogenese-Modells von Antonovsky entworfen wird und Pflegepersonen ihr Verständnis über die Gesundheitsförderung von onkologischen PatientInnen auf ihrer Station ändern.

Die symbolische Anwendung von Forschung versucht Entscheidungen zu steuern, untermauern und zu legitimieren und hat ebenso einen politischen Hintergrund. Als ein Beispiel wird die Anwendung von Forschungsergebnissen für die Änderung von Finanzierungsmöglichkeiten von bestimmten Pflegeinterventionen in einem vordefinieren Setting genannt.

Auch wenn ebP im deutschsprachigen Raum ein präsentes Thema ist und in Beziehung mit der Anwendung von Forschungsergebnissen in der Praxis gebracht wird, verfolgen diese beiden Begriffe eine unterschiedliche Zielsetzung und basieren auf unterschiedlichen Verfahren. Laut Estabrooks et al. (2003b) und Squires et al. (2011) ist Forschungsanwendung mit evidenzbasierter Pflege nicht zu verwechseln, obwohl diese Begriffe in der Literatur als Synonyme öfters angewendet werden: Forschungsanwendung, d.h. die Anwendung von Forschungsevidenz für die Sicherung der Pflegepraxis, ist nur ein Teil vom ebP-Prozess, der breiter zu verstehen ist (McCleary & Brown, 2003).
Nur wenn Forschungsanwendung als

> "Nutzung der derzeit besten wissenschaftlich belegten Erfahrungen Dritter im individuellen Arbeitsbündnis zwischen einzigartigen Pflegebedürftigen oder einzigartigem Pflegesystem und professionell Pflegenden" (Behrens & Langer, 2010)

umgesetzt wird, kann man überhaupt über evidenzbasierte Pflege reden.
Dass diese beiden Begrifflichkeiten allerdings in der Literatur als Synonyme angewandt werden, stellt eine besondere Herausforderung in der Literaturrecherche und Diskussion von Ergebnissen zum Thema Forschungsanwendung dar.

2.3 Determinanten von Forschungsanwendung

Forschungsanwendung ist ein komplexer Prozess, der von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird. Zu diesen Faktoren zählen Determinanten der Innovation und Change Management, sowie Determinanten bezüglich der Forschung selbst und des Settings, in dem Forschungsergebnisse implementiert werden sollen (Parahoo, 1998). Meyer, Balzer und Köpke (2013) beschrieben in ihrer Arbeit über den Status Quo der evidenzbasierten Pflege im deutschsprachigen Raum, dass:

> „Im Fokus der Forschung zu ,,research utilization'', also der Nutzung von Forschung in der pflegerischen Praxis, stehen die Einstellung Pflegender, deren Kompetenz und Bereitschaft, auf der Basis aktueller Forschung zu arbeiten, sowie fördernde und hemmende Faktoren [der Organisation, in der Forschung implementiert wird]".

Estabrooks, Kenny, Adewale, Cummings und Mallidou (2007) haben bereits erklärt, dass die individuellen Determinanten zur Forschungsanwendung die bedeutendste Rolle zwischen verschiedensten Variablen in das Verhalten von Pflegepersonen bezüglich Forschungsanwendung spielen.
So identifizieren z.B. Pérez-Campos, Sánchez-García und Pancorbo-Hidalgo (2014), Eizenberg (2011) und Koehn und Lehman (2008) die Berufsrolle und den Bildungsgrad als weitere wichtige individuelle Merkmale, die Einfluss auf Forschungsanwendung nehmen. Eizenberg (2011) beschreibt zusätzlich, dass DGKP mit Fähigkeiten in der Suche und Lokalisierung verschiedener Forschungsquellen, ver-

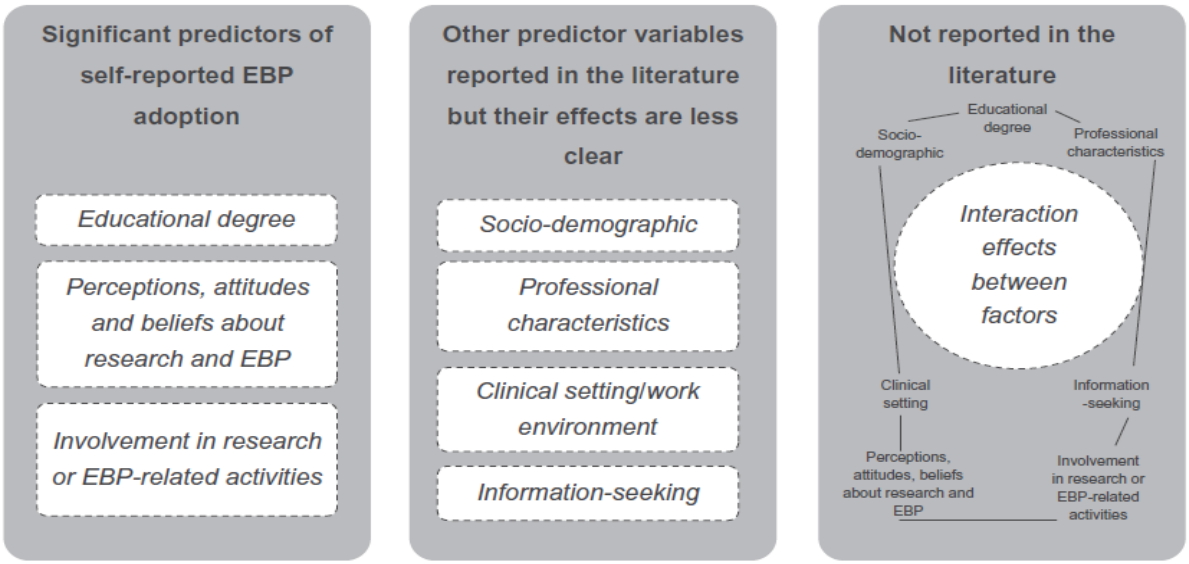
mehrt Forschungsergebnisse in ihre Praxis einfließen lassen können, im Gegensatz dazu jene KollegInnen, die wenige Kenntnisse über Literaturrecherche haben.

Squires et al. (2011) führten zu diesem Thema eine Übersichtsarbeit durch und identifizierten folgende Merkmale, welche die Forschungsanwendung beeinflussen konnten:

> „positive attitude towards research, attending conferences and/or in-services, having a graduate degree (compared to a bachelor´s degree or diploma), current role (i.e., leadership and/or advanced practice compared to staff nurse), clinical specialty (working in critical care areas compared to general hospital units), and job satisfaction“ (Squires et al. 2011).

Auch Lizarondo, Grimmer-Somers und Kumar (2011) erklärten in ihrer Studie weiter, wie Einstellungen von Pflegepersonen und das Teilnehmen bzw. Miteinbeziehen von Pflegepersonen in Forschungs- und ebP-bezogenen Aktivitäten zugleich mit dem Bildungsgrad signifikante Prädiktoren zur Forschungsanwendung waren (**Abbildung 2**).

Abbildung 2 - Individuelle Charakteristika von Pflegepersonen, die eine Forschungsanwendung begünstigen



Quelle: Lizarondo, Grimmer-Somers und Kumar, 2011

Wallin et al. (2012) zeigten, dass Selbstbewusstsein über die eigenen Kompetenzen ebenso eine wichtige Ressource für die Implementierung von Forschungsergebnissen ist: „Wenn Pflegepersonen überzeugt sind, genug Selbstvertrauen, Kompetenzen und Wissen zu haben, wenden sie Forschungsergebnisse in der Praxis doppelt so häufig an, wie jemand mit weniger Vertrauen in seine Kompetenzen und sein Wissen“ (in Haslinger-Baumann, Lang und Müller, 2014).

Estabrooks, Floyd, Scott-Findlay, O'Leary und Gushta (2003a) hatten bereits in ihrer Studien zur Forschungsanwendung festgestellt, dass aus diesen signifikanten Faktoren, individuelle Überzeugungen

und Einstellungen eine positive Beziehung bzw. Korrelation mit Forschungsanwendung aufzeigten. Jahre zuvor hatten dies Champion und Leach (1989) ebenfalls in ihrer Arbeit bewiesen und gezielt ein Instrument zur Messung der Effekte von Einstellungen der Pflegepersonen auf die Forschungsanwendung entwickelt. In einer Pilotstudie haben beide Autoren bestätigt, dass positive signifikante Korrelationen zwischen den Variablen Einstellung und Verfügbarkeit mit der Variable Forschungsanwendung bestehen.

Laut Lizarondo, Grimmer-Somers und Kumar (2011) ist es zukünftig wichtig, Forschung über die individuellen Determinanten von Forschungsanwendung zu betreiben und deren Zusammenhang mit persönlichen und Bildungsmerkmalen zu untersuchen. Wallin et al. (2012) machen ebenfalls auf diese Notwendigkeit aufmerksam und betonen, dass Forschung sich auf die veränderbaren individuellen Determinanten bzw. auf Determinanten, die durch Schulungsprogramme beinflussbar sind, fokussieren soll:

> „to move away from focusing on basic individual characteristics, many of which are not modifiable, such as age and gender, to more complex contextual elements".

Einstellungen sind in diesem Sinn veränderbare persönliche Merkmale und ihre Beziehung mit anderen Merkmalen bzw. mit der Forschungsanwendung selbst soll weiterhin Gegenstand weiterer Untersuchung sein.

2.4 Herausforderungen zur Forschungsanwendung in der Praxis

Wie bereits erwähnt, stellt die Anwendung von Forschungsergebnissen in der Pflegepraxis eine besondere Herausforderung dar.

Wie Mayer (2018) informiert, sagte Hunt (in Walter, 1993):

> „Es gibt wahrscheinlich fünf Gründe, warum Forschungsergebnisse vom Pflegepersonal nicht genutzt werden: Sie wissen nichts darüber… verstehen sie nicht … misstrauen ihnen … wissen sie nicht anzuwenden … und dürfen sie nicht anwenden".

Die Herausforderungen bei der Anwendung von Forschung in der Pflege sind also vielfältig und beziehen sich auf Determinanten wie die Forschungsanwendung selbst, auf persönliche, berufliche und ausbildungsbedingte Merkmale von Pflegepersonen, auf den Kontext und organisatorisch bezogene Hemmnisse, auf innovationsbezogene Merkmale und auf die Effektivität der Kommunikationsprozesse zwischen Forschung und der klinischen Praxis (Mayer, 2018; Funk, Tornquist und Champagne, 1995). Funk, Tornquist und Champagne (1995) näherten sich diesem Thema an und veröffentlichten eine Zusammenfassung aller von ihnen identifizierten Hindernisse in der Anwendung von Forschung in der Pflege:

Abbildung 3 - Herausforderungen zur Forschungsanwendung in der Pflege

	Clinicians	Administration
Characteristics of the adopter: The nurse's research values, skills, and awareness		
Lack of awareness of the research	74.7	77.2
Being isolated from knowledgeable colleagues with whom to discuss the research	65.2	70.6
Not feeling capable of evaluating the quality of the research	59.3	69.6
Feeling the benefits of changing practice will be minimal	51.8	56.6
Seeing little benefit for self	46.5	60.0
Unwillingness to change/try new ideas	43.3	56.2
Not perceiving a need to change practice	35.2	48.7
Not seeing the value of research for practice	34.6	58.2
Characteristics of the organization: Setting barriers and limitations		
Insufficient authority to change patient care procedures	75.2	71.9
Insufficient time on the job to implement new ideas	75.1	75.7
Physicians not cooperating with implementation	71.2	57.5
Administration not allowing implementation	70.6	45.1
Other staff not being supportive of implementation	70.5	63.4
Research results not generalizabale to own setting	68.3	71.7
Inadequate facilities for implementation	67.9	60.2
Insufficient time to read research	67.2	69.0
Characteristics of the innovation: Qualities of the research		
Research has not been replicated	56.1	55.2
Uncertainty about the believability of the results of the research	43.9	47.5
Literature reports conflicting results	38.7	37.6
Methodologic inadequacies of the research	36.2	31.3
Research reports/articles are not published fast enough	33.3	44.1
Conclusions drawn from the research are not justified	19.6	22.5
Characteristics of the communication: Presentation and accessibility of the research		
Statistical analyses are not understandable	67.8	73.5
The relevant literature is not compiled in one place	63.1	64.2
Implications for practice are not made clear	61.5	65.6
Research reports/articles are not readily available		59.7
The research is not reported clearly and readably	53.6	62.8
The research is not relevant to the nurse's practice	53.5	52.9

Data from Funk SG, Champagne MT, Wiese RA, et al: Barriers to using research findings in practice: The clinician's perspective. Appl Nurs Aes 4:90–95, 1991; and Funk SG, Champagne MT, Tomquist EM, et al Administrators' views on barriers to research utilization. Appl Nurs Res 8:44–49, 1995.

Bereits damals wurden in der Anwender-Dimension Einstellungen gefunden, die die Anwendung von Forschung in der Pflege behinderten. So werden bei den Herausforderungen seitens der Anwender z.B. die Einstellungen „feeling the benefits of changing practice will be minimal“, „ „unwillingness to change / try new ideas“ oder „not seeing the value of research for practice“ identifiziert, die eine Barriere auf der individuellen Ebene darstellen.

Die allgemeinen Einstellungen von DGKP gegenüber Forschungsanwendung sind im deutschsprachigen Raum eine der am meisten erwähnten Herausforderungen in der Implementierung von Forschungsergebnissen in der Praxis und werden Gegenstand dieser Untersuchung sein (Haslinger-Baumann, Lang & Müller, 2014; Breimaier, Halfens & Lohrmann, 2011; Meyer, Balzer & Köpke, 2013).

2.5 Einstellungen von Pflegepersonen gegenüber Forschungsanwendung

Studien aus verschiedenen Ländern beweisen auf konsistente Weise, dass Pflegepersonen eher positive Einstellungen gegenüber Forschungsanwendung und evidenzbasierter Pflege haben (Koehn & Lehman, 2008; Melnyk et al., 2008; Malik, McKenna & Plummer, 2015; Estabrooks et al. 2003a; Squires et al. 2011).

Die meisten Studien geben an, dass Pflegeforschung als wichtige Ressource für den Pflegeberuf, die Pflegequalität und für die PatientInnensicherheit bewertet wird. Malik, McKenna und Plummer (2015) berichten sogar in ihrer Studie, dass DGKP evidenzbasiertes Wissensmanagement als wesentlich für die professionelle Berufsausübung fanden. Implementierung von Forschungsergebnissen wurde für die professionelle Weiterentwicklung als bedeutend identifiziert und DGKP glaubten an die Vorteile davon, ihre Praxis gestützt auf Forschungsergebnisse zu ändern. Obwohl sie angaben, häufig nicht auf Forschungsquellen zurückzugreifen, bekundeten die meisten Pflegepersonen Interesse, öfter Forschungsergebnisse zu konsultieren.

Die einbezogenen Studien aus dem deutschsprachigen Raum belegen ebenfalls diese Tendenz, in der Pflegepersonen eher positive Einstellungen gegenüber Pflegeforschung haben (Breimaier et al., 2011; Meyer, Balzer & Köpke, 2013; Köpke et al., 2013).

Laut Breimaier et al. (2011) glaubten mehr als 50% der in der Studie befragten Pflegepersonen, dass Pflegeforschung und Forschungsanwendung vorteilhaft für die Pflegepraxis und Pflegefachkräfte sind. Pflegenden zeigten unabhängig vom Bildungshintergrund ein großes Interesse an evidenzbasierter Information, wenn diese an Phänomene und Interventionen einer besseren Pflegepraxis gebunden war (Breimaier, 2011).

Köpke et al. (2013) belegen mit ihrer Studie den Befund, dass „viele Pflegende einer evidenzbasierten Praxis durchaus positiv gegenüberstehen“ und „Forschung prinzipiell eine große Bedeutung beigemessen wird“, allerdings wird die „einfache und sichere Anwendbarkeit [von Forschungsergebnisse] (…) nur knapp positiv bewertet“. Diese Studie lieferte positivere Ergebnisse als die obengenannte Studie von Breimaier et al. (2011) und weist somit auf eine möglich zunehmende Offenheit für Forschungsanwendung in der Pflegepraxis hin (Köpke et al., 2013).

Allerdings zeigen die bisherig durchgeführten Studien einige Widersprüche gegenüber der internationalen Literatur: in der Studie von Breimaier et al. (2011) berichten viel weniger Pflegepersonen, auf Forschungsergebnisse zurückzugreifen, als in vergleichbaren internationalen Studien (Parahoo, 1998; Parahoo, 2000). Es wird ebenso in dieser Studie berichtet, dass ca. 50% der Befragten glauben, dass Pflege ein Beruf ist, der nicht wissenschaftsbasiert werden soll (Breimaier, 2011). Zudem meinen ca. 60%, dass Forschungserfahrung und -fertigkeiten nicht als Faktoren für ihre berufliche Weiterentwicklung/Karriere gewichtet werden sollen (Breimaier, 2011).

Schubert und Wrobel (2009) sowie Köpke et al. (2013) berichten über eine „fehlende positive Haltung zu evidenzbasierter Pflege“ im deutschsprachigen Raum.

Sowohl Köpke et al. (2013) als auch Breimaier et al. (2011) sprechen das Problem des „Wissensdesinteresses“ von Pflegepersonen gegenüber Forschungsanwendung an, das ebenfalls in der internationalen Literatur nicht gefunden wurde. D.h. obwohl Pflegeforschung als wichtig bewertet wird, zeigen Pflegepersonen wenig Bereitschaft, Forschungsergebnisse in der Praxis umzusetzen.

Diese Unterschiede sind für diese Arbeit wesentlich, da Ergebnisse einer Studie von Haslinger-Baumann, Lang und Müller (2014) in Bezug auf Einstellung gegenüber der Anwendung von forschungsrelevanten Wissensbeständen in einem österreichischen Setting bestätigen: “Je positiver die Einstellung gegenüber der Forschungsanwendung, desto stärker ist die Anwendung in der Praxis”.

2.6 Theorie des geplanten Verhaltens und Vorhersage von Verhaltensintentionen von Pflegepersonen

Laut mehreren Autoren (Hrisos, Eccles, Francis, Bosch, Dijkstra, Johnston, Grol, Kaner & Stehen, 2009, Eccles, Grimshaw, Walker, Johnston & Pitts, 2006; Godin, Belanger-Gravel, Eccles & Grimshaw, 2008) stellen sozialpsychologische Theorien eine wertvolle Grundlage für das Erklären und Vorhersagen von Verhaltensweisen von Gesundheitsfachkündigen im Bereich ebP dar.

In diesem Projekt wird Bezug auf die ***Theorie des geplanten Verhaltens*** (Theory of planned Behaviour [TPB]) von Ajzen (1991) genommen, zwecks Erklärung der Relevanz von Einstellungen von Pflegepersonen gegenüber Forschungsanwendung in der Pflegepraxis.

Die TPB schafft einen theoretischen Rahmen, der erklärt, dass die Weise, wie Personen denken, beeinflusst was sie tun. D.h., dieses Modell wurde mit dem Ziel geschaffen, menschliches Verhalten in definierten Kontexten zu erklären und vorherzusagen (Ajzen, 1991).

Der Kern dieses theoretischen Rahmens ist die ***Verhaltensabsicht*** *(intention)*. Die TPB erklärt, dass eine bestimmte Verhaltensweise durch die Intensität der Absicht eines Individuums zum Verhalten prognostiziert werden können - anders erklärt, je stärker die Verhaltensabsicht, desto wahrscheinlicher ist, dass ein bestimmtes Verhalten stattfinden kann. Die Absicht, ein bestimmtes Verhalten auszuführen, hängt laut dieser Theorie von drei unabhängigen Determinanten ab: von der wahrgenommenen Verhaltenskontrolle, von subjektiven Normen und von den Einstellungen gegenüber dem absehbaren Verhalten (Ajzen, 1991) (**Abbildung 4**).

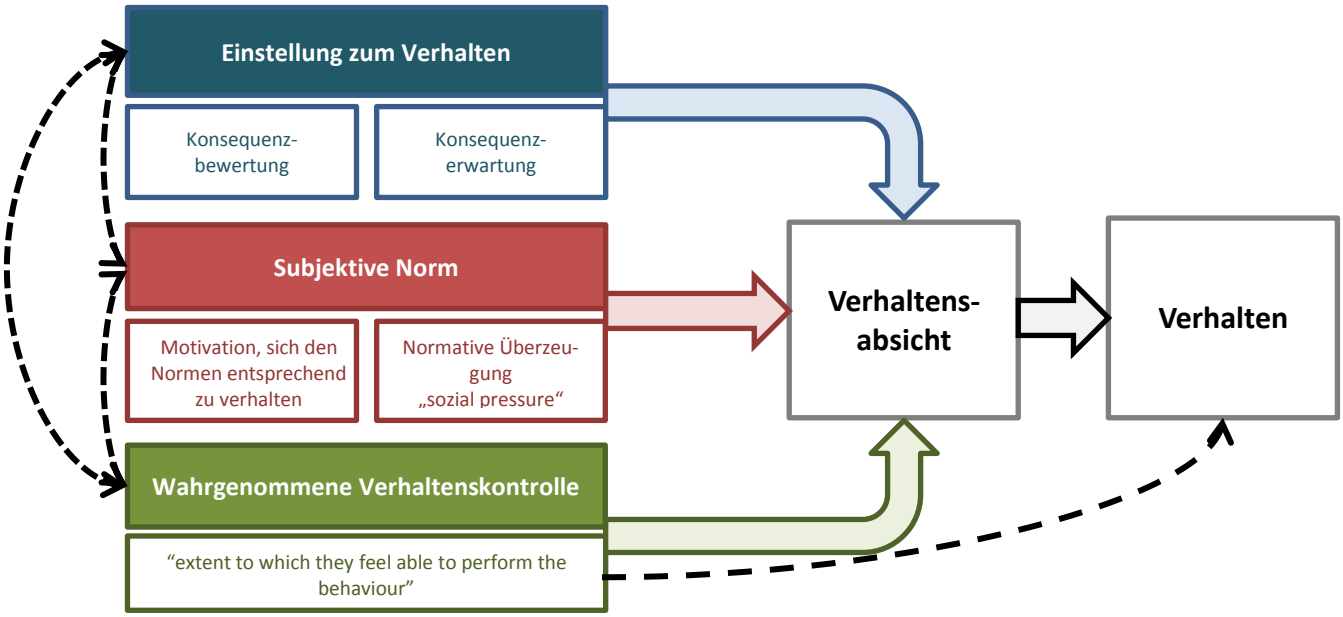
Wahrgenommene *Verhaltenskontrolle**:*** Die Ausführung eines Verhaltens ist erst möglich, wenn die Person über diese entscheiden kann. Zusätzlich ist ein Verhalten davon abhängig, ob die zur Verfügung stehenden Mittel, wie z.B. Geld und Zeitressourcen, Fertigkeiten oder die Kooperation mit KollegInnen, die Ausführung dieses Verhalten ermöglichen. All diese Faktoren zusammen bestimmten die wahrgenommene *Verhaltenskontrolle (behavioral control)* d.h. das Ausmaß, in dem eine Person

glaubt, ein bestimmtes Verhalten erfolgreich ausführen zu können. Je mehr eine Person glaubt, Kontrolle über ein bestimmtes Verhalten zu haben, desto stärker wird auch ihre Verhaltensabsicht (Ajzen, 1991).

***Subjektive Norm**:* Die sozialen Normen, die Druck auf das Individuum ausüben, lenken auch das Verhalten dieses Individuums. Anders erklärt, wenn eine Person die soziale Erwartung (*social pressure*) spürt, ein bestimmtes Verhalten auszuführen, ist es auch wahrscheinlicher, dass sie es tut. Subjektive Normen sind von normativem Glauben beeinflusst. In wie weit eine Personen diese Normen glaubt und motiviert ist, sich den Normen entsprechend zu verhalten, beeinflusst ebenso die Verhaltensabsicht dieser Person zu einem bestimmten Verhalten (Ajzen, 1991).

Einstellung gegenüber dem Verhalten: Anhand ihrer Einstellungen zu Personen, Gruppen oder Objekten reagieren Menschen kognitiv (durch Annahmen od. Überzeugungen), affektiv (durch Gefühle bzw. Emotionen) und durch bestimmte Verhaltensweisen. Die Absicht zu einer bestimmten Verhaltensweise wird in diesem Sinn durch die Einstellungen einer Person beeinflusst. Einstellungen sind laut dieser sozialpsychologischen Theorie durch mehrere verhaltensbezogene Überzeugungen (*behavioral beliefs*) geprägt, die die Einstellung gegenüber dem Verhalten positiv oder negativ beeinflussen können. Die Einstellungen drücken sich durch das Ausmaß aus, in dem Individuen ein bestimmtes Verhalten gut bewerten oder schätzen (Ajzen, 1991).

Abbildung 4 - TPB Modell



Quelle: Ajzen (1991), Hrisos et al. (2009), Darstellung: Cartaxo, 2018

Einstellung ist ein Konstrukt der sozialkognitiven Psychologie und wird als

> „Meinung, Ansicht, inneres Verhältnis, das jemand besonders zu einer Sache, einem Sachverhalt hat.“ (Duden, 2016)

oder als

> „Überzeugung oder (…) Gefühl, das Menschen prädisponiert, in einer bestimmten Art und Weise auf Dinge, Menschen und Ereignisse wertend zu reagieren. Einstellungen sind demnach psychische Haltungen (…) helfen den Menschen, sich zu orientieren, d. h., sie müssen nicht permanent neue Informationen aufnehmen und neu bewerten, sondern können Informationsverarbeitungsprozesse mit Hilfe ihrer Einstellungen vereinfachen." (Lexikon für Psychologie und Pädagogik, 2016)

definiert.

Anhand dieses Modells und der Definition der Einstellung ist deutlich zu verstehen, wie für DGKP das Interesse an Forschungsergebnissen, die Bewertung von Pflegeforschung im Allgemeinen sowie die Bewertung der Relevanz der Ergebnisse deren Arbeit für die Absicht der Anwendung von Forschung in der Pflege auch relevant sind. Den Forschungszielen entsprechend wird sich die Autorin auf die Verhaltensabsichtsdeterminante Einstellung fokussieren: Worauf soll bei der Gestaltung von Schulungsmaßnahmen, die Einfluss auf die Einstellungen von Pflegepersonen haben sollen, geachtet werden? Wie können Einstellungen von DGKP beeinflusst werden?

Einstellung ist ein Konstrukt, das direkt auf verhaltensbezogenen Überzeugungen aufbaut. D.h. Schulungsprogramme, die positivere Einstellungen von DGKP gegenüber Forschungsanwendung anstreben, sollen dieses Konstrukt berühren bzw. positiv beeinflussen können. Diese Überzeugungen haben einen subjektiven Charakter und sind ungenau, voreingenommen oder auch irrational (Ajzen, 1991). Weiters werden sie von unterschiedlichen kulturellen, persönlichen sowie situativen Faktoren wie Alter, berufliche Erfahrung oder gelebte Pflegekultur beeinflusst (Ajzen & Fishbein, 2005).

Verhaltensbezogenen Überzeugungen ergeben sich aus der gengenseitigen Interaktion von Konsequenzerwartung und Konsequenzenbewertung. Die Konsequenzerwartung erklärt, welche Erwartungen eine Person bezüglich möglicher Folgen eines bestimmten Verhaltens hat. Zugleich wird diesen Folgen eine Bewertung – positiv oder negativ – zugeordnet.

Anders erklärt, die Einstellungen von Pflegepersonen gegenüber Forschungsanwendung hängen einerseits von der Erwartung ab, dass Forschungsergebnisse in der Praxis zu bestimmten PatientInnenoutcomes, Pflegequalität oder Berufszufriedenheit führen können (*Konsequenzerwartung*) und anderseits hängen sie vom Wert ab, der diesen Konsequenzen jeweils zugeschrieben wird - bessere PatientInnenoutcomes sind wichtig für die PatientInnensicherheit und Berufszufriedenheit ist gut für die einzelne Person (*Konsequenzbewertung*).

Schulungsprogramme, die die Einstellungen von DGKP beeinflussen sollen, müssen daher diese Konzepte berücksichtigen und verändern können. Es wurden bereits unterschiedliche Schulungsprogramme für Pflegepersonen, mit dem Ziel, Forschungsanwendung in der Praxis zu fördern, konzipiert

(Schulman, 2008; Soukup & Mc-Cleish, 2008). Die Dauer und Inhalte dieser Programme variieren stark, aber sie alle beinhalten grundlegende Information zu ebP Paradigmen sowie ebP Implementierungsstrategien und sprechen verhaltensbezogenen Überzeugungen bzw. Veränderungen an (Sherriff, Wallis & Chaboyer, 2007).

Weiters erwähnt die Studie von Côté, Gagnon, Houme, Abdeljelil und Gagnon (2012), dass laut der TBP

> "interventions that focus on increasing nurses' perceptions that using research is their responsibility for ensuring good patient care (…) could promote an evidence based nursing practice".

Neben kognitiven Argumenten und Überzeugungen sollen Schulungsprogramme Forschungsanwendung als deontologischen Anspruch bzw. als Berufspflicht, die für die PatientInnensicherheit unerlässlich ist, ausweisen.

2.7 Stand der Forschung

In der internationalen Literatur ist ausreichende Evidenz zum Thema Forschungsanwendung untersucht und vorhanden. Im DACH ist das Thema Determinanten der Forschungsanwendung aber ein Feld in aktiver Entwicklung, wo bereits Widersprüche zur bestehenden Literatur und weitere Forschungsbedarfe aufgedeckt wurden.

Die bestehenden deutschsprachigen Studien beschreiben nicht so positive Einstellungen und merken an, dass diese Einstellungen durch Fortbildungen in der Praxis positiv beeinflusst werden können.

Laut Haslinger-Baumman (2015), die Forschungsanwendung in einem akuten österreichischen Setting untersucht hat, beeinflusst der Besuch von ebP-Kursen die Einstellung gegenüber Forschungsanwendung in starkem Maße positiv und:

> „hilft indirekt die Anwendung zu fördern, indem er die Einstellung gegenüber der Forschungsanwendung positiv zu gestalten vermag".

Andere internationale Autoren wie z.B. Melnyk et al. (2010) bestätigen diesen Fakt und legen fest:

> „Evidence (…) is accumulating to indicate that an individual's beliefs about the value of ebP and his or her ability to implement it are strongly related to the extent to which they deliver evidence-based care. This finding is important as cognitive beliefs of individuals are amenable to change with interventions. (…) In prior work, it has been supported that beliefs about and implementation of ebP can be strengthened through educational and skills-building workshops as well as through the use of ebP mentors who work with staff nurses on implementing EBP".

Melnyk et al. (2010) betonen die Wichtigkeit von Einstellungen und Fertigkeiten gegenüber ebP für die Umsetzung einer evidenzbasierten Pflegeversorgung. Im diesem Sinn merken die Autorinnen an, dass es wichtig ist, Interventionen zu entwickeln, die die Einstellungen von Individuen ändern können. Allerdings gibt es auch Studien, die keine positiven Ergebnisse bezüglich Einstellungen von Pflegepersonen allein durch Schulungsprogramme erreichen konnten. So berichten Ramos-Morcillo, Fernandez-Salazar, Ruzafa-Martinez und Del-Pino-Casado (2015), dass Fortbildungen zu dem Thema ebP keine Auswirkung auf die Dimensionen Einstellung und Anwendung in ihrer Studie hatten.

> *"EBN Course had impact on their ebP knowledge and skills but had no impact on the dimensions of attitude and practice".*

Weiterhin unterscheiden sich die Ergebnissen im deutschsprachigen Raum bezüglich evidenzbasierter Pflege laut den oben genannten Studien deutlich: so wurde das Thema Wissensdesinteresse (Breimaier et al., 2011); die Überzeugung, dass Pflege ein Beruf ist, der nicht wissenschaftsbasiert werden soll (Breimaier et al., 2011, Köpke et al., 2013) oder eine eher negative Haltung zu evidenzbasierter Pflege (Schubert und Wrobel, 2009, Breimaier et al., 2011, Köpke et al., 2013 und Gallistl, 2016), in diesem Setting identifiziert.

Diese Widersprüche in der Literatur und der Fakt, dass im österreichischen Setting dringend eine Verwissenschaftlichung der Praxis gefordert wird, aber nur wenige Studien in diesem kulturellen Kontext zum Thema Forschungsanwendung und Einstellungen zum Forschungsverhalten von DGKP vorliegen, stellt die Forschungslücke dar, auf welche die Autorin die Formulierung ihrer Fragestellung und Forschungsziele aufbauen möchte.

II Empirischer Teil

3. Ziel und Forschungsfrage

Allgemeines Ziel dieser Studie ist festzustellen, ob die Entwicklung und das Angebot bestimmter (Fortbildungs-)Maßnahmen, in Form eines Schulungsprogramms und Arbeitsmaterialien zur Thematik evidenzbasierte Pflege, die Einstellungen von DGKP gegenüber Forschungsanwendung im klinischen Bereich (positiv) beeinflussen können.

Zusätzlich versucht diese Arbeit statistische Korrelationen bzw. Beziehungen herauszufinden, die Hinweis geben können, ob es einzelnen individuelle Merkmalen gibt, die einen besonderen Effekt auf die Variable Einstellung haben.

Für diese Masterarbeit wurden die folgenden Forschungsfragen formuliert:

Hauptfrage: Gibt es Unterschiede in den Einstellungen von Pflegepersonen gegenüber Forschungsanwendung auf einem akut onkologischen Setting vor und nach einem Schulungsprogramm über evidenzbasierte Pflege?

> **Unterfrage 1:** Gibt es einen Zusammenhang zwischen soziodemografischen[1] Merkmalen und Einstellungen von Pflegepersonen gegenüber Forschungsanwendung?
>
> **Unterfrage 2:** Gibt es einen Zusammenhang zwischen beruflichen[2] Merkmalen und Einstellungen von Pflegepersonen gegenüber Forschungsanwendung?
>
> **Unterfrage 3:** Gibt es einen Zusammenhang zwischen Bildungsmerkmalen[3] und Einstellungen von Pflegepersonen gegenüber Forschungsanwendung?

Die Formulierung der jeweiligen Haupt- und Unterfragen werden in der Analysephase anhand statistischer Testverfahren geprüft.

Das Thema beschränkt sich auf die Einstellungen von Pflegepersonen gegenüber Forschungsanwendung im Rahmen einer wissenschaftlich fundierten Pflegepraxis und auf individuelle Determinanten. Weitere Determinanten, die die Forschungsanwendung beeinflussen sollen (wie. z. B. die Organisationskultur und Arbeitsressourcen) bzw. die Forschungsanwendung selbst, werden in dieser Arbeit nicht untersucht.

[1] Geschlecht; Alter
[2] Berufliche Rolle; Bereich/Schwerpunkt der Berufsausübung; Berufserfahrung
[3] Bildungsgrad; vorherige Kenntnisse über Pflegeforschung, ebP oder Statistik

Daher wird sich der empirische Teil dieser Arbeit mit Implementierungsstrategien von ebP, fördernden Faktoren und Barrieren zur ebP oder den einzelnen Organisationskulturen nicht beschäftigen. Ebenso werden die Gütekriterien zur Erstellung von Standards bzw. Leitlinien oder Schulungs- und Arbeitsmaterialien, obwohl die genannten Konstrukte für die Analyse und Diskussion der Befunde unerlässlich sind, nicht thematisiert.

4. Studiendesign

Anhand der beschriebenen Forschungsfragen wurde eine Längschnittstudie in Form einer Interventionsstudie ohne Kontrollgruppe (Quasi-Experimentelles Design) ausgeführt. Eine Erhebung mittels Fragebogen wurde vor (*Presurvey*) und nach (*Postsurvey*) einem geplanten Schulungsprogramm bei einer gleichbleibenden vordefinierten Stichprobe durchgeführt.

Quantitative deskriptive Studienansätze ermöglichen eine auf die Statistik gestützte Beschreibung von Phänomenen, wenn eine kausale Beziehung nicht immer abzuleiten ist (Raithel, 2008). Längsschnittstudien sind Studien, in denen die Datensammlung über einen Zeitraum zu mehreren Zeitpunkten erfolgt. Die Ergebnisse aus mehreren Zeitpunkten werden dann gegenübergestellt und verglichen (Mayer, 2015).

Die Verwendung dieses Designs unterstützt gezielt die Identifizierung von Veränderung. Um einen Unterschied zwischen der Einstellungen von DGKP vor und nach bestimmten Interventionen aufzuzeigen, ist ein solches Design notwendig: dadurch können die bestehenden Einstellungen in dieser Gruppe aber auch deren Veränderungen – vor und nach der Intervention – beschrieben und gemessen und ein möglicher Einfluss des Schulungsprogramms evaluiert werden.

4.1 Schulungsprogramm als Intervention

4.1.1 Grundsätze

Das Schulungsprogramm hatte das Ziel, positive Erwartungen einer Forschungsanwendung (1) bei DGKP anzuregen und Handlungsfolgen einer Forschungsanwendung (2) zu verdeutlichen. Laut der Theorie des geplanten Verhaltens sind diese zwei Aspekte für die Veränderung der Einstellungen von Personen in ihrer Lebenswelt wesentlich (**Abbildung 3**) (Ajzen & Fishbein, 2005, Hrisos et al., 2009, Sherriff, Wallis & Chaboyer, 2007). Um die Einstellungen von Pflegepersonen beeinflussen zu können, hat die Autorin bewusst auf diese Aspekte gestützt die Schulungsmaßnahmen entwickelt.
Das Schulungsprogramm wurde weiters an das ARCC©-Modells (Advancing Research and Clinical practice through close Collaboration) von Melnyk und Fineout-Overholt angelehnt und schrittweise strukturiert (Melnyk und Fineout-Overholt, 2004, Fineout-Overholt, Levin, Melnyk, 2004). Das PARiHS Modell hat ebenso die Gestaltung der Fortbildungsmaßnahmen stark beeinflusst (Rycroft-Malone, 2004).

Die Maßnahmen 1, 4 und 5 wurden als ***EBP Rounds*** konzipiert, die Maßnahmen 2 und 3 als ***Critically appraised topics*** angeboten (Fineout-Overholt, Levin, und Melnyk, 2004). Bei *EBP Rounds* werden klinische Fälle anhand der Vorgehensweise des EBN Prozesses (**Abbildung 4**) überabeitet (Fineout-Overholt, Levin, und Melnyk, 2004). Bei *Critically appraised topics* werden praxisrelevante Inhalte an Pflegepersonen weitergeleitet und zur Verfügung gestellt. Dadurch werden praxisrelevante Informationen sichtbar gemacht und in der Praxis diskutiert (Fineout-Overholt, Levin, und Melnyk, 2004).

Abbildung 5 - Die fünf Schritten von ebP nach dem ARCC©-Modell

Table 1:The Five Steps of Evidence-Based Practice

1. Ask the clinical question in PICO format to yield the most relevant and best evidence. The PICO format includes these basic elements: P: Patient population of interest; I: Intervention of interest or Issue of interest; C: Comparison of interest; and O: Outcome of interest.
2. Collect the most relevant and best evidence to answer the clinical question, searching first for systematic reviews/meta-analyses or evidence-based clinical practice guidelines.
3. Critically appraise the evidence that has been collected for its validity, relevance, and applicability.
4. Integrate the evidence with one's clinical expertise, an assessment of patient characteristics and healthcare resources available, and patient preferences and values in order to implement an EBP decision.
5. Evaluate the EBP change

Source: Melnyk, B. M. & Fineout-Overholt, E. (2004). Making the case for evidence-based practice. In B. M. Melnyk & E. Fineout-Overholt (Eds.) *Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice* (p. 3-24). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins. Used with permission.

In einem ersten Schritt wurde eine relevante PICO-Frage formuliert und ein kurzes theoretisches Input über ebP und Forschungsanwendung anhand praktischer Beispiele angeboten (Maßnahme 1).

Als zweiter bzw. dritter Schritt wurde Evidenz aus PatientInnenpräferenzen, Expertenwissen und internen Daten erhoben und bewertet (Maßnahme 2, 3).

Zurzeit war das Forschungswissen, von der Arbeitsgruppe K. Flügl, A. Maierhofer, S. Mayerhofer, I. Rheinfrank, A. Valente dos Santos Cartaxo an das PARIHS Modell angelehnt (Kitson, Harvey & McCormack, 1998), bereits erhoben, bewertet und zusammengefasst (**Abbildung 5**). Diese Wissensquelle wurde daher nach Genehmigung der Arbeitsgruppe für das Schulungsprogramm weiter verwendet. Aufgrund begrenzter Ressourcen war eine PatientInnenbefragung im untersuchten Setting zum Thema Erfahrungen zur Mundpflege bei veränderter Mundschleimhaut nicht möglich. Um einen Einblick in die PatientInnenpräferenzen zu bekommen, wurde ebenfalls auf Studien, die PatientInnenerfahrungen mit oraler Mukositis untersucht haben, Bezug genommen.

Abbildung 6 - Forschungswissen (PS Praxisprojekt Forschungsanwendung)

	AutorInnen, Jahr	Titel	Design	E	B
1	Arbabi-kalati et al., 2012	Evaluation of the Efficacy of Zinc Sulfate in the Prevention of Chemotherapy-induced Mucositis: A Double-blind Randomized Clinical Trial.	Randomized Clinical Trial	III	
2	Choi S., Kim H., 2012	Sodium Bicarbonate Solution versus Chlorhexidine Mouthwash in Oral Care of Acute Leukemia Patients Undergoing Induction Chemotherapy: A Randomized Controlled Trial.	Randomized Controlled Trial	III	
3	Eilers J., Million R., 2011	Clinical Update: Prevention and Management of Oral Mucositis in Patients with Cancer.	systematisches Literaturreview	III	
4	Eilers et al., 2014	Evidence-Based Interventions for Cancer Treatment-Related Mucositis: Putting Evidence into Practice.	systematisches Literaturreview	II	
5	Elad et al., 2014	Basic oral care for hematology-oncology patients and hematopoietic stem cell transplantation recipients: a position paper from the joint task force of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer/International Society of Oral Oncology (MASCC/ISOO) and the European Society for Blood and Marrow Transplantation (EBMT).	systematisches Literaturreview	II	
6	Hofer M., Langer G., 2008	EBN Evidence-based Nursing Südtirol-Alto Adige, Leitlinie Mundpflege.	Guideline	I	
7	Jenson et al, 2013	Systematic review of miscellaneous agents for the management of oral mucositis in cancer patients.	systematisches Literaturreview	II	
8	Kapoor et al., 2015	Chemotherapy and Oral Complications – The Most Neglected Side of Cancer.	systematisches Literaturreview	III	
9	Lalla et al., 2014	MASCC/ISOO Clinical Practice Guidelines for the Management of Mucositis Secondary to Cancer Therapy.	Guideline	I	
10	McGuire et al., 2013	Systematic review of basic oral care for the management of oral mucositis in cancer patients.	systematisches Literaturreview	II	
11	Nicolatou-Galitis et al., 2013b	Systematic review of anit-inflammatory agents for the management of oral mucositis in cancer patients.	systematisches Literaturreview	II	
12	Peterson et al., 2010	Management of oral and gastrointestinal mucositis: ESMO Clinical Practice Guidelines.	Guideline	I	
13	Peterson et al., 2013	Systematic review of oral cryotherapy for management of oral mucositis caused by cancer therapy.	systematisches Literaturreview	II	
14	Quinn et al., 2008	Guidelines for the assessment of oral mucositis in adult chemotherapy, radiotherapy and hematopoietic stem cell transplant patients.	Guideline	I	
15	Yarom et al., 2013	Systematic review of natural agents for the management of oral mucositis in cancer patients.	systematisches Literaturreview	II	
16	Zanolin et al., 2014	Patient experiences with oral mucositis caused by chemo-/radiotherapy: a critical qualitative literature review	systematisches Literaturreview	II	

Legende: E – Evidenzgrad der mitteinbezogenen Studien nach vereinfachter Darstellung - DiCenso et al. (2012)

B – Darstellung der Ergebnisse der Studienbewertung mittels Ampelsystem

Pflegepersonen vom untersuchten Setting wurden zwecks Erhebung von ExpertInnenmeinungen interviewt. Die klinische Expertise zum Thema Mundpflege onkologischer PatientInnen konnte im Rahmen von leitfadengestützten Interviews mit vier Pflegepersonen mit relevanter klinischer Erfahrung erhoben werden (**Abbildung 6**).

Abbildung 7 - Ergebnis der Experteninterviews am Beispiel des Assessments der Mundhöhle

Kategorie	*Expertenempfehlungen*
Assessment der Mundhöhle e	- Standardmäßig keine Risikoeinschätzung vorgesehen - Inspektion der Mundschleimhaut bei der Aufnahme bzw. bei Beschwerden. Regelmäßigkeit ist von PatientInnen zu PatientInnen unterschiedlich und wird von PP unterschiedlich durchgeführt - Bei unbewussten PatientInnen jede 4. Stunde Kontrolle der Mundschleimhaut und Lippen - Keine Empfehlung bzgl. Assessmentinstrumente: „in den Mund hineinschauen“ - Klinische Einschätzung durch PP - Feststellung bzw. Einstufung der Entzündung der Mundschleimhaut wird eher als ärztliche Verantwortung gesehen (bzw. „orale Mukositis“ als ärztliche Diagnose gesehen)

Im vierten Schritt wurden die verschiedenen Wissensquellen zusammengefasst und vorgestellt. Diese Evidenz wurde anlässlich mehrerer Veranstaltungen gemeinsam mit Pflegepersonen kritisch reflektiert (Maßnahme 4, 5 und *weitere Maßnahmen*).

Parallel wurden anhand der Ergebnisse der Wissenszusammenführung neue Arbeitsmaterialien gemeinsam mit PflegeexpertInnen erstellt (Phase der Materialentwicklung). In dieser Phase wurden fachliche Inhalte, die zugleich den aktuellsten Stand der Forschung entsprachen, aber auch zugänglich für Pflegepersonen mit unterschiedlichen Vorkenntnissen waren, miteinbezogen. Die gestalteten Arbeitsmaterialien beinhalten ein verständliches Layout und eine einfache Sprache, die ihre Anwendung in der Praxis unterstützen sollten.

Abbildung 8 – Zusammenfassung der Wissensquellen am Beispiel des Assessments der Mundhöhle

	Empfohlene Pflegemaßnahmen
Assessment der Mundhöhle	**IV** Dokumentation des Status der Mundschleimhaut bei der PatientInnenaufnahme [KE] **I** Begutachtung der Mundschleimhaut täglich bzw. jeden 2ten Tag mittels *WHO Oral Toxicity Scale* [FW (5,6,14,16)] **IV** Bei bewusstlosen bzw. pflegebedürftigen PatientInnen: Assessment alle 4 Stunden durchführen [KE]

Legende: **KE Klinische Expertise bzw. Erfahrung / PP PatientInnenpräferenzen bzw. -erfahrungen / FW Forschungswissen aus der Literatur / LD Lokale Daten**

Anschließend wurden im 5. Schritt die Ergebnisse in der Praxis implementiert (weitere Maßnahmen). Die erarbeiteten Materialien wurden an die teilnehmenden Stationen weitergegeben, von den zuständigen Pflegequalitätsbeauftragten und Leitungen der Pflege implementiert und von beauftragten MitarbeiterInnen weiterentwickelt (Anpassung des Layouts und Sprachlichkeit der Materialien, Ab-

stimmen von empfohlenen Produkten mit der Anstaltsapotheke und mit der Stabstellen, u.a.). Am Ende des Schulungsprogramms waren die entwickelten Materialien dadurch in den bestehenden täglichen Arbeitsprozessen integriert.
Die mögliche Veränderung der Einstellungen von Pflegepersonen gegenüber Forschungsanwendung wurde nach Einleitung der Endphase evaluiert.

4.1.2 Schulungsmaßnahmen

Im Laufe des Schulungsprogramms wurde ein theoretischer Input zur Forschungsanwendung vorgenommen und gezielt die Vorgehensweise erklärt, wie und in welcher Form Forschungsergebnisse in die Gestaltung von Arbeitsmaterialien für die Pflegepraxis einfließen.
Durch den gegenseitige Austausch über das Thema und durch die gemeinsame Überarbeitung und Anwendung dieser Materialien wurden Forschungsergebnisse wiederholt positiv bewertet und die Konsequenzen der Implementierung solcher Ergebnisse in der Praxis gemeinsam reflektiert.
Die verschiedenen Maßnahmen dieses Projektes werden nachfolgend im Detail beschrieben:

Maßnahme 1: Veranstaltung – *EBN Standard: worum geht es?*

In einer ersten Veranstaltung wurde das Projekt vorgestellt und die Begrifflichkeit und Relevanz des Themas den teilnehmenden Pflegepersonen näher gebracht.

Die Veranstaltung dauerte ca. 30 Minuten und fand bei den jeweiligen Teams auf den Stationen im Rahmen von Teambesprechungen statt. Eine elektronische Präsentation wurde aufbereitet und den MitarbeiterInnen nach der Veranstaltung zur Verfügung gestellt.

Die Frage *Welche Pflegemaßnahmen können die Prävention von Mundschleimhautinfektionen von onkologischen PatientInnen bei einer Chemo- und/oder Strahlentherapie unterstützen?* wurde als relevante einführende Fragestellung präsentiert. Darauf aufbauend wurde das Konzept ebP als Methode zur Überarbeitung der abgebildeten Fragestellung definiert. Es fand ein theoretischer Input über ebP und ihre Vorteile, sowohl für PatientInnen als auch für Pflegepersonen, statt. Forschungsanwendung wurde als wesentlicher Teil von ebP präsentiert.

Unter diesem Punkt wurden hauptsächlich positive Erwartungen an eine Forschungsanwendung angesprochen: *Was ist Forschungsanwendung und was bringt uns dazu, Forschung in die Praxis zu integrieren?* Es wurde versucht die kognitive Überzeugungen Richtung Anwendung von Forschungsergebnissen in der Praxis anzuregen.

Ein Zeit- und Arbeitsplan wurde vorgestellt mit Betonung auf Ziele, geplante Maßnahmen, Nutzen und Aufwand für alle Involvierten.

Abbildung 9 – Veranstaltung – *EBN Standard: worum geht es?*

Maßnahme 2 und 3: ***Poster und Artikel über EBN***

Anhand des theoretischen Inputs, der formulierten Fragestellung und des geplanten Arbeits- und Zeitraums wurde ein Poster über das Projekt gestaltet.

Das Poster, ein Artikel über ebP und über die Methode des gesamten Prozesses wurden auf den Stationen aufgehängt und boten Raum für Diskussionen im Team über das Thema an. Gleichzeitig wurden Pflegepersonen zum Thema Prävention von Mundschleimhautinfektionen bei onkologischen PatientInnen auf allen inkludierten Abteilungen befragt.

Ziel dieser Maßnahmen war es, den inhaltlichen Input über ebP und Forschungsanwendung zu wiederholen und zu erweitern. Pflegepersonen stellten Fragen über den Implementierungsprozess der Arbeitsmaterialien auf ihren Stationen und über die tatsächlichen Vorteile für die Praxis. Es wurde nochmals versucht, die kognitiven Überzeugungen von positiven Erwartungen einer Forschungsanwendung anhand einer relevanten Fragestellung in der Praxis zu stärken.

Maßnahme 4: Veranstaltung – ***Präsentation der ersten Ergebnisse***

In einer zweiten Veranstaltung wurde die Methodik der Erstellung und Überarbeitung des evidenzbasierten Standards „Prävention von Mundschleimhautinfektionen von onkologischen PatientInnen bei einer Chemo- und/oder Strahlentherapie“ und der Arbeitsmaterialien, und somit die Zusammenführung der ersten Ergebnissen aus dem Forschungs- und ExpertInnenwissen, aus den PatientInnenpräferenzen und aus der Analyse hausinterner Daten in Form einer Fortbildung an die PraktikerInnen präsentiert.

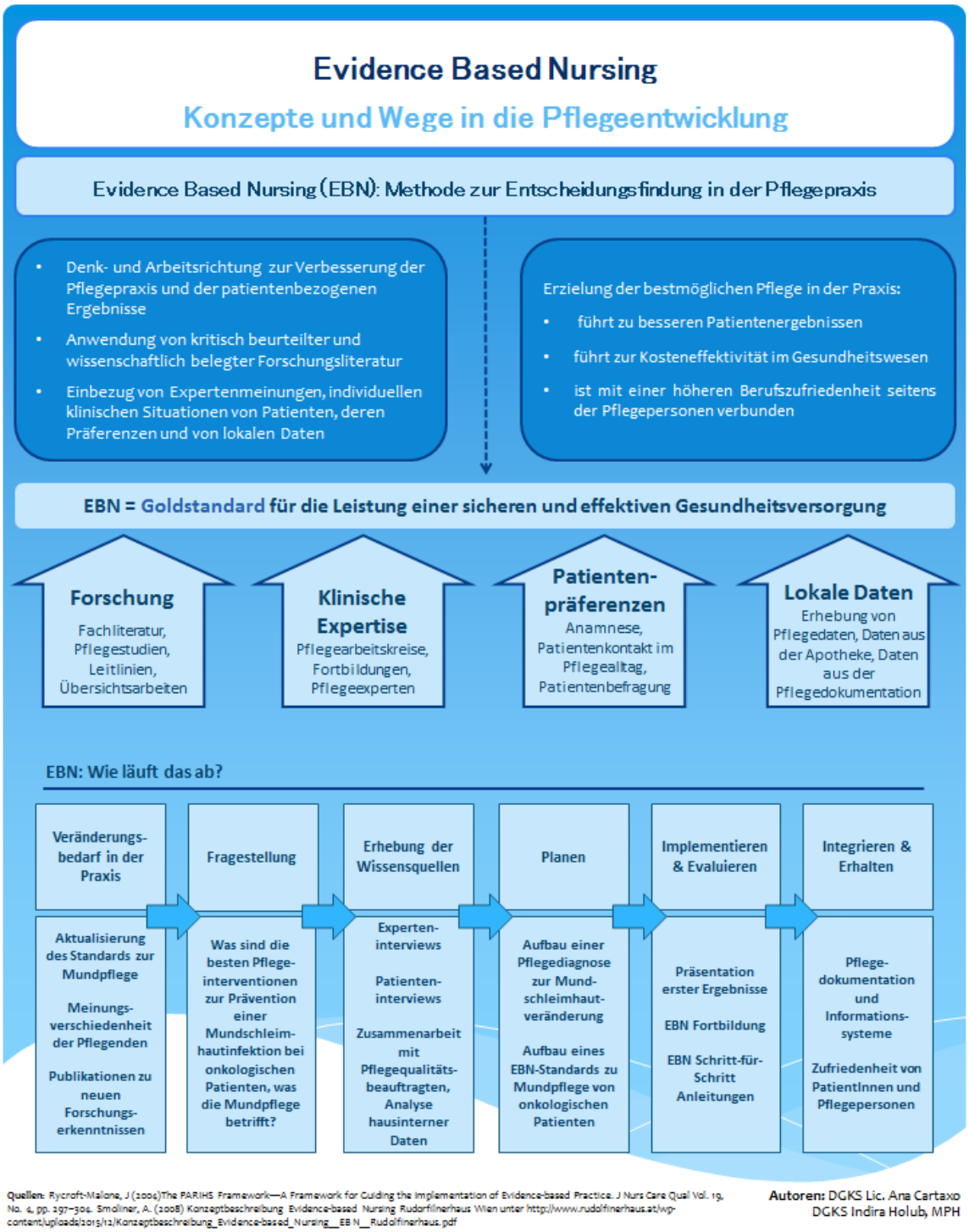
Die Veranstaltung dauerte ca. 60 Minuten und fand zu einem ausschließlich diesem Thema gewidmeten Termin statt. Eine elektronische Präsentation wurde aufbereitet und den MitarbeiterInnen nach der Veranstaltung zur Verfügung gestellt.

Ziel dieser Maßnahme war es, Unterschiede zwischen den gewonnenen Ergebnissen und der gelebten Praxis aufzuzeigen und sie gemeinsam zu diskutieren. Beim ersten Mal im Rahmen des Schu-

lungsprogramms wurden tatsächliche Forschungsergebnisse angesprochen und Widersprüche zwischen Praxis und Theorie diskutiert.

Die Handlungsfolgen neuer wissenschaftlich basierter Interventionen im Bereich Management der Mundschleimhaut während einer Strahl-/oder Chemotherapie wurden überlegt und positiv angesprochen. Es wurde ein möglicher Weg gezeigt, wie Praxis und Theorie sich vereinbaren lassen.

Abbildung 10 – Poster – *Evidenzbasierte Pflege – wie läuft es?*



Maßnahme 5: Veranstaltung – *Fortbildung zum abgeschlossenen EBN Standard*

Eine Fortbildung über den finalisierten evidenzbasierten Standard und über die entwickelten Arbeitsmaterialien wurde zu zwei verschiedenen Terminen angeboten.

Die Veranstaltung dauerte ca. 90 Minuten und fand zu einem ausschließlich diesem Thema gewidmeten Termin statt. Hier wurden alle Ergebnisse präsentiert und diskutiert. Der finalisierte EBN Standard wurde hinsichtlich Struktur und Inhalt präsentiert. Neue Arbeitsmaterialien bzw. die Materialien in Entwicklung wurden angesprochen und kurz vorgestellt. Eine elektronische Präsentation wurde aufbereitet und den MitarbeiterInnen nach der Veranstaltung zur Verfügung gestellt.

Pflegepersonen wurden angeregt, sich mit der gelebten Praxis auseinander zu setzen und Vorteile und Nachteile einer Veränderung der Pflegepraxis anhand neuer Erkenntnisse aus der Forschung zu besprechen.

Im Rahmen der Fortbildung wurde die methodologische Vorgehensweise aber auch erneut Konzepte aus der Theorie-Praxis-Vernetzung nochmals thematisiert. Es wurde über die Handlungsfolgen neuer Interventionen im Bereich Management der Mundschleimhaut während einer Strahl-/oder Chemotherapie nochmals gesprochen und diese wurden mit einer positiven Bewertung betont. Ebenso wurden wie vorher kognitive Überzeugungen Richtung Anwendung von Forschungsergebnissen anhand einer relevanten Fragestellung in der Praxis angeregt.

Zum Schluss wurde ein fiktives Fallbeispiel von einem onkologischen Patienten mit Veränderungen in der Mundschleimhaut besprochen und mögliche Pflegeinterventionen anhand des neues EBN Standard diskutiert.

Weitere Maßnahmen:

Angeschlossen an das angebotene Schulungsprogramm für MitarbeiterInnen wurden weitere Maßnahmen geplant, die sich mit der Implementierung der Ergebnisse in der Praxis beschäftigt haben. Diese wurden vor dem Postsurvey eingeleitet und darüber hinaus weitergeführt:

Informationsweitergabe an PflegeexpertInnen

MultiplikatorInnen wurden in den verschiedenen Teams identifiziert. Diese haben dann mit Unterstützung der Pflegequalitätsbeauftragten und Leitungen der Pflege die Forschungsergebnisse und die neuen Arbeitsmaterialien anlässlich interner Teambesprechungen präsentiert und nochmals diskutiert.

Eine Zusammenfassung aus der Literaturanalyse wurde per Email mit PflegeexpertInnen aus dem Bereich Onkologie diskutiert und die empfohlenen Maßnahmen wurden nochmals mit MitarbeiterInnen geklärt und reflektiert.

Neue Erkenntnisse testen und integrieren

Zum Schluss wurden die Pflegediagnostik und ein neues Assessmentinstrument in der elektronischen Pflegedatenbank anhand der neuen Empfehlungen aktualisiert, in der Praxis getestet und implementiert. Somit standen Empfehlungen für eine fachgerechte PatientInnenbetreuung, die auf Forschungsergebnissen basieren, zur Verfügung.

Pflegepersonen konnten durch die Umsetzung der übermittelten Inhalte und durch die Verwendung der neuen Arbeitsmaterialien Vorteile für die tägliche Praxis und für ihre PatientInnen selbst identifizieren und erleben, und dadurch erneut die Handlungsfolgen neuer Interventionen im Bereich Management der Mundschleimhaut während einer Strahl-/oder Chemotherapie kritisch reflektieren.

Aufgrund seines kontinuierlichen und komplexen Charakters wurden diese letzten Maßnahmen separat vom Schulungsprogramm angeboten und in der Erhebung zur Teilnahme am Schulungsprogramm (**C06**) nicht inkludiert.

Abbildung 11 – Beschreibung von Schulungsmaßnahmen, deren Ziele und Schwerpunkte

Schritte	Maßnahme	Dauer	Ziel	Inhalte	Schwerpunkte (TPB)
Schritt 1: PICO Frage formuliert	**Maßnahme 1:** *EBN Standard: worum geht es?*	Sep 15 **30 Min.**	**Projektvorstellung** **Einführung in die Begrifflichkeit und Relevanz des Themas**	• Definition von ebP inkl. Vorteile von ebP für die Praxis/PatientInnen • Forschungsanwendung in ebP • Fragestellung (PICO) und Relevanz • Arbeits- und Zeitplan • Nutzen/Aufwand für die Pflegeteams	ebP Paradigmen und positiver Einfluss auf der Pflegepraxis (***1***) ebP als Berufspflicht und Voraussetzung für PatientInnensicherheit
Schritt 2 + 3: Erhebung u. Bewertung von Wissensquellen	**Maßnahme 2:** *Poster über EBN*	Feb 16 ---	**Theoretischer Input über ebP und ihre Implementierung inkl. Anregen von Fragen über ebP aus der Praxis**	*Evidenzbasierte Pflege – wie läuft das ab?* • Definition von ebP inkl. Vorteile von ebP für die Praxis/PatientInnen • Strategie zur Überarbeitung der Fragestellung (Smoliner, 2014, Rycroft-Malone, 2004; Melnyk und Fineout-Overholt, 2004)	ebP Paradigmen und positiver Einfluss auf der Pflegepraxis (***1***) Implementierungsstrategien von ebP
	Maßnahme 3: *Artikel über EBN*	Mär 16 ---	*parallel* **Erhebung von Expertenmeinungen und Patientenpräferenzen**	*„Konzeptbeschreibung Evidence-based Nursing (EBN)" (Smoliner, 2014)* • Definition von ebP inkl. Vorteile von ebP für die Praxis/PatientInnen • Strategie zur Überarbeitung der Fragestellung • Praxisbeispiel zur Forschungsanwedung und ebP Rudolfinerhaus	ebP Paradigmen und positiver Einfluss auf der Pflegepraxis (***1***) Implementierungs-strategien von ebP
Schritt 4: Zusammenführung von Wissensquellen und Diskussion	**Maßnahme 4:** *Präsentation der ersten Ergebnisse*	Mai 16 **1 Std.**	*parallel* **Phase der Materialentwicklung**	• Erklärung über die Vorgehensweise zur Beantwortung der Fragestellung: die Wege in das Forschungswissen, in die Expertenmeinungen und in die PatientInnenpräferenzen • Zusammenführen vom Wissen • Präsentation und Diskussion über Forschungsergebnissen • Diskussion über die gelebte Praxis • Ansprechen der Wiedersprüche Theorie – Praxis	Implementierungsstrategien von ebP Empfehlungen für die fachgerechte PatientInnenbetreuung (***2***)
	Maßnahme 5: Fortbildung zu den abgeschlossenen EBN Standard und Arbeitsmaterialien	Jul 16 Ago 16 **1,5 Std.**	**Kluft Theorie-Praxis sichtbar machen und diskutieren** **Überzeugen, wie sich Praxis und Theorie vernetzen lassen**	• Definition von ebP inkl. Vorteile für die Praxis/PatientInnen • Forschungsanwendung in ebP • Fragestellung (PICO) und Relevanz • Epidemiologie/Relevanz von Mundschleimhautinfektionen bei onkologischen PatientInnen • Evidenzbasierter Standard *Struktur*: Evidenzgrad, Evidenzpyramide • Evidenzbasierter Standard *Inhalt* • Arbeitsmaterialien *Inhalt* • Gemeinsame Überarbeitung eines Fallbeispiels	ebP Paradigmen und positiver Einfluss auf der Pflegepraxis (***1***) Implementierungsstrategien von ebP Empfehlungen für die fachgerechte PatientInnenbetreuung (***2***)
	Weitere Maßnahmen: Informationsweitergabe in Teambesprechungen	Sep 16 **15 Min.**	**Überzeugen, wie sich Praxis und Theorie vernetzen lassen**	• Inhaltliche Inputs zu Epidemiologie/Relevanz von Mundschleimhautinfektionen bei onkologischen PatientInnen • Evidenzbasierter Standard *Inhalt* • Vorstellung Neue Arbeitsmaterialien	Empfehlungen für die fachgerechte PatientInnenbetreuung (***2***)
Schritt 5: Implementierung	**Weitere Maßnahmen:** Implementierung von neuen Arbeitsmaterialien	Seit Sep 16 ---	**Überzeugen, wie sich Praxis und Theorie vernetzen lassen**	Änderung der Arbeitsprozesse • Verwendung des Assessmentinstrument (WHO Skala) und neue Pflegediagnose/Pflegemaßnahmen • Verwendung der Arbeitsmaterialien • Verwendung von PatientInnenschulungsmaterialien	Empfehlungen für die fachgerechte PatientInnenbetreuung (***2***) Praktische Umsetzung

Legende: (1) positive Erwartungen, (2) Handlungsfolgen der Forschungsanwendung in der Pflege

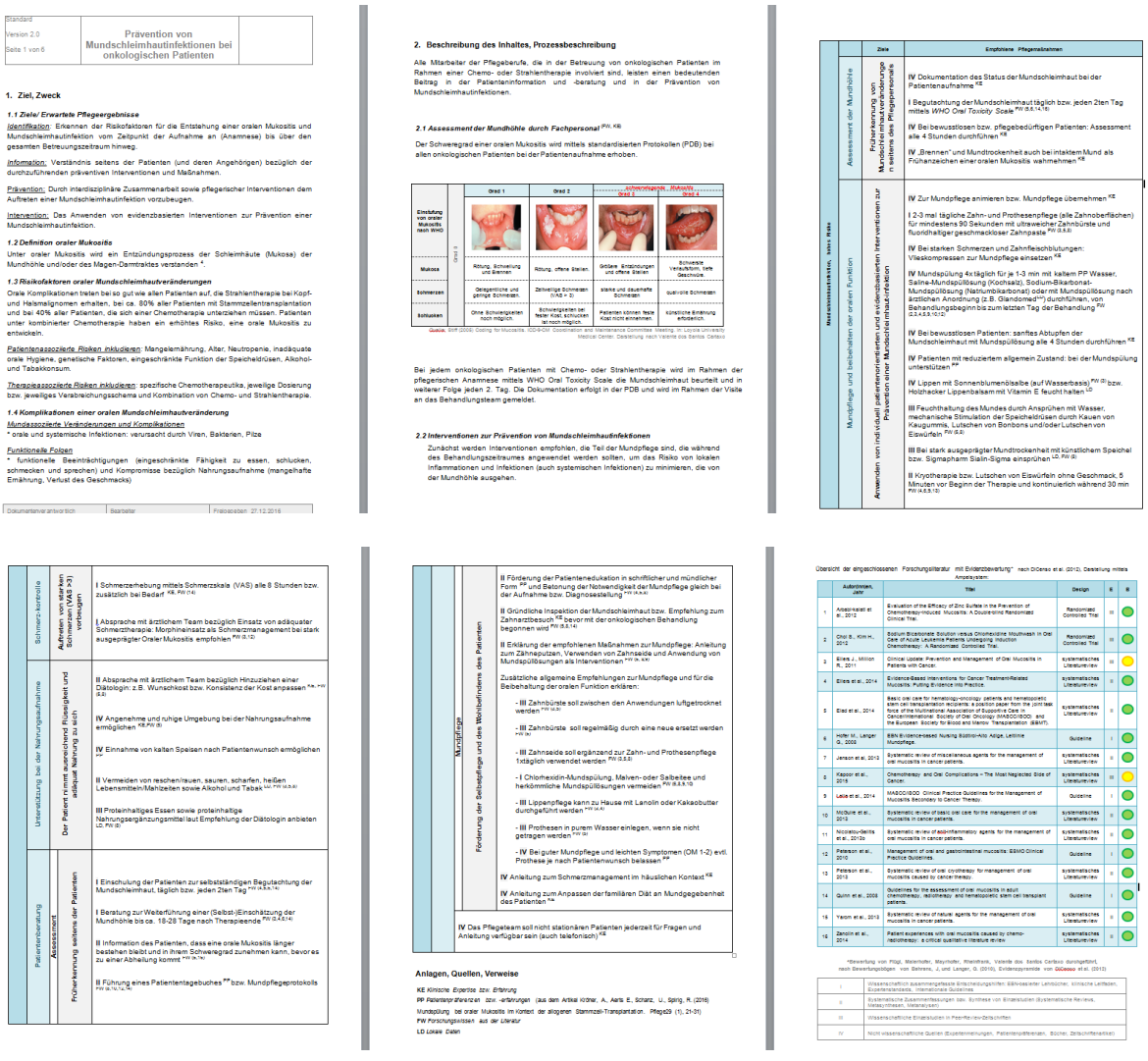
Eine Zusammenfassung der einzelnen Schulungsmaßnahmen, deren Ziele und Inhalte befindet sich in der **Abbildung 11** dargestellt.

4.1.3 Arbeitsmaterialien

Im vierten Schritt des Schulungsprogramms wurden durch die Zusammenarbeit mit PflegeexpertInnen mehrere Arbeitsmaterialien entwickelt. Zu diesen Materialien zählten u.a.:

- der **EBN-Standard *Prävention von Mundschleimhautinfektionen bei onkologischen PatientInnen unter Chemo- und/oder Strahlentherapie*** von Flügl, Maierhofer, Mayrhofer, Rheinfrank und Valente dos Santos Cartaxo (Kurzfassung von 07/2015, Universität Wien) überarbeitet von Valente dos Santos Cartaxo und Holub (09/2015), der in der elektronischen Dokumentenbibliothek zur Verfügung steht (**Abbildung 12**).

Abbildung 12 – EBN-Standard



Der EBN Standard hat eine einfache Struktur und ist in zwei Teilen organisiert. Der erste Teil besteht in der Zusammenfassung der Begrifflichkeit und Epidemiologie des Themas. Hier werden bereits die Risikofaktoren für eine Infektion der Mundschleimhaut beschrieben und ein standardisiertes Instrument zum Risikomonitoring eingeführt. Im zweiten Teil wird die Pflegediagnose „Mundschleimhautinfektion, hohes Risiko“ anhand der Schwerpunkte beschrieben. Jeder Schwerpunkt empfiehlt ein Bündel von Maßnahmen aus dem Forschungswissen, klinischer Expertise, PatientInnenpräferenzen und lokaler Daten. Zum Schluss wird eine Übersicht über die miteinbezogene Literatur und deren Evidenzgrad und Bewertung präsentiert.

- eine anhand der empfohlenen Maßnahmen kreierte **Pflegediagnose *Mundschleimhautinfektion, hohes Risiko*,** die in der elektronischen Pflegedatenbank abgebildet wurde und zur Verfügung steht.

Die Pflegediagnose wurde anhand der bestehenden POP-Diagnosen als Risikodiagnose formuliert. Ihre Struktur und empfohlenen Maßnahmen wurden dann direkt aus dem EBN Standard übernommen und betreffen die Schwerpunkte Assessment, Mundpflege, Schmerzmanagement, Nahrungsaufnahme und PatientInnenberatung.

- das **Assessmentinstrument WHO Oral Toxicity Scale,** das in der elektronischen Pflegedatenbank und PatientInnenschulungsunterlagen eingeführt wurde und zur Verfügung steht (**Abbildung 13**).

Abbildung 13 – WHO Oral Toxicity Scale

	Grad 0	Grad 1	Grad 2	*schwerwiegende Mukositis* Grad 3	Grad 4
Einstufung von oraler Mukositis nach WHO					
Mukosa		Rötung, Schwellung und Brennen.	Rötung, offene Stellen.	Größere Entzündungen und offene Stellen	Schwerste Verlaufsform, tiefe Geschwüre.
Schmerzen		Gelegentliche und geringe Schmerzen.	Zeitweilige Schmerzen (VAS > 3)	starke und dauerhafte Schmerzen	qualvolle Schmerzen
Schlucken		Ohne Schwierigkeiten noch möglich.	Schwierigkeiten bei fester Kost, schlucken ist noch möglich.	Patienten können feste Kost nicht einnehmen.	künstliche Ernährung erforderlich.

Quelle: Stiff (2005) Coding for Mucositis. ICD-9-CM Coordination and Maintenance Committee Meeting. In: Loyola University Medical Center. Darstellung nach Valente (2015)

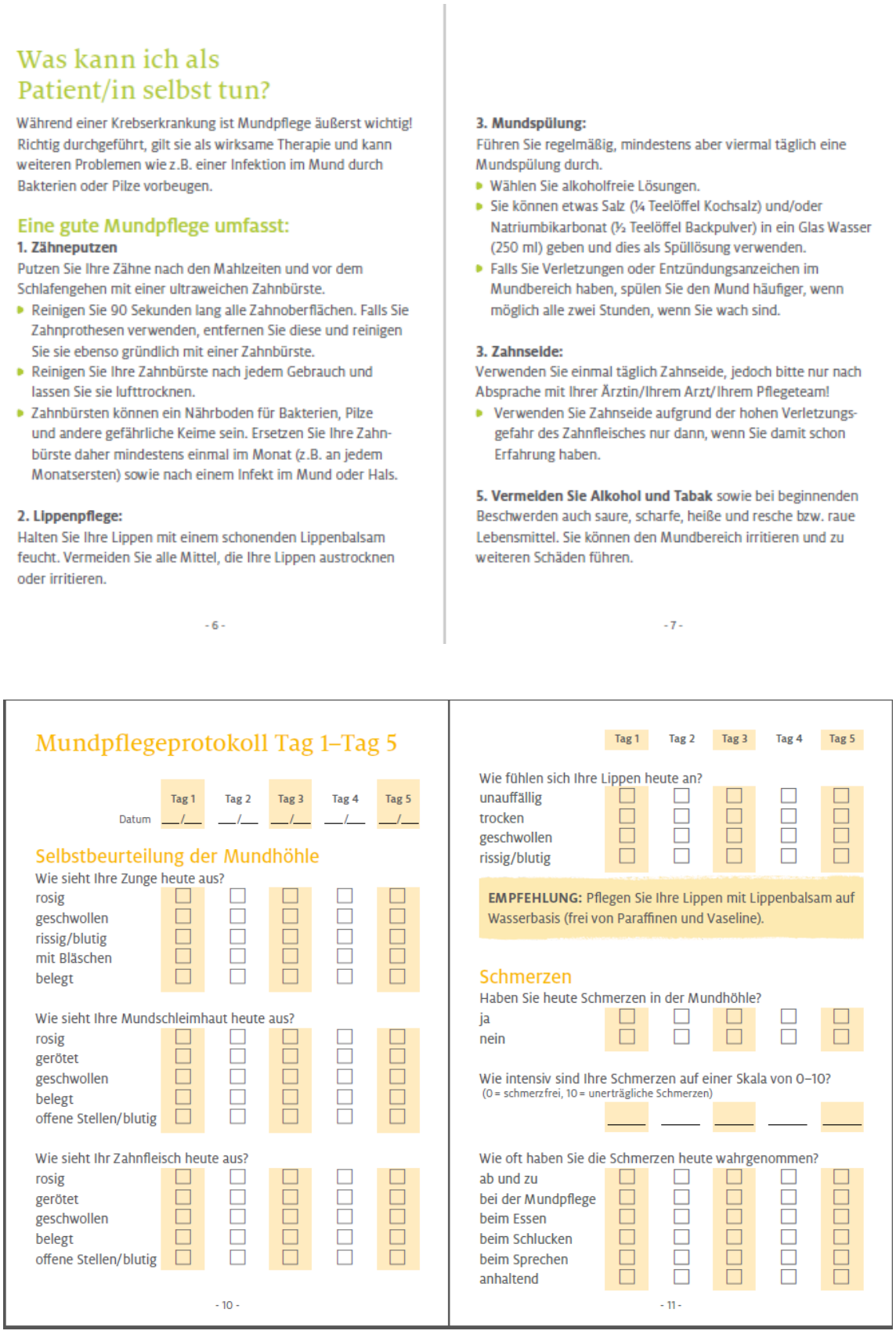
Nach Quinn et. al (2008) ist die WHO Oral Toxicity Skala (**Abbildung 13**) das am häufigsten verwendeten Instrument für die Erhebung der Mundschleimhautinfektionen. Die WHO Skala ist weit verbreitet, ist in die deutsche Sprache übersetzt und ist in ihrer Anwendung auch für PatientInnen einfach. Weiters umfasst die Skala sowohl objektive (Vorhandensein von Hautrötungen und Ulzera) als auch subjektive (oraler Schmerz) und funktionale (Fähigkeit zu Essen) Aspekte oraler Mukositis.
Ihre einfache Struktur ermöglichte weiters ein direktes Einspielen des Assessmentsinstruments in die vorhandenen elektronischen Dokumentationsprozesse.

- ein **Mundpflegepass** (als PatientInneninformation und -tagebuch) und eine **Mundpflegetasche** mit aus der Literatur ausgewählten Produkten, die Pflegepersonen im Rahmen des pflegerischen Beratungsgespräches bei onkologischen PatientInnen mit einer geplanten Chemo- und/oder Strahlentherapie aushändigen können (**Abbildung 14 und 15**).

Abbildung 14 – Mundpflegepass mit PatientInnentagebuch

Quelle: Valente dos Santos Cartaxo, Holub (SJKH, 2016)

Abbildung 14 – Mundpflegepass mit PatientInnentagebuch (Fortsetzung)



Was kann ich als Patient/in selbst tun?

Während einer Krebserkrankung ist Mundpflege äußerst wichtig! Richtig durchgeführt, gilt sie als wirksame Therapie und kann weiteren Problemen wie z.B. einer Infektion im Mund durch Bakterien oder Pilze vorbeugen.

Eine gute Mundpflege umfasst:

1. Zähneputzen

Putzen Sie Ihre Zähne nach den Mahlzeiten und vor dem Schlafengehen mit einer ultraweichen Zahnbürste.

- Reinigen Sie 90 Sekunden lang alle Zahnoberflächen. Falls Sie Zahnprothesen verwenden, entfernen Sie diese und reinigen Sie sie ebenso gründlich mit einer Zahnbürste.
- Reinigen Sie Ihre Zahnbürste nach jedem Gebrauch und lassen Sie sie lufttrocknen.
- Zahnbürsten können ein Nährboden für Bakterien, Pilze und andere gefährliche Keime sein. Ersetzen Sie Ihre Zahnbürste daher mindestens einmal im Monat (z.B. an jedem Monatsersten) sowie nach einem Infekt im Mund oder Hals.

2. Lippenpflege:

Halten Sie Ihre Lippen mit einem schonenden Lippenbalsam feucht. Vermeiden Sie alle Mittel, die Ihre Lippen austrocknen oder irritieren.

- 6 -

3. Mundspülung:

Führen Sie regelmäßig, mindestens aber viermal täglich eine Mundspülung durch.

- Wählen Sie alkoholfreie Lösungen.
- Sie können etwas Salz (¼ Teelöffel Kochsalz) und/oder Natriumbikarbonat (½ Teelöffel Backpulver) in ein Glas Wasser (250 ml) geben und dies als Spüllösung verwenden.
- Falls Sie Verletzungen oder Entzündungsanzeichen im Mundbereich haben, spülen Sie den Mund häufiger, wenn möglich alle zwei Stunden, wenn Sie wach sind.

3. Zahnseide:

Verwenden Sie einmal täglich Zahnseide, jedoch bitte nur nach Absprache mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt/Ihrem Pflegeteam!

- Verwenden Sie Zahnseide aufgrund der hohen Verletzungsgefahr des Zahnfleisches nur dann, wenn Sie damit schon Erfahrung haben.

5. Vermeiden Sie Alkohol und Tabak sowie bei beginnenden Beschwerden auch saure, scharfe, heiße und resche bzw. raue Lebensmittel. Sie können den Mundbereich irritieren und zu weiteren Schäden führen.

- 7 -

Mundpflegeprotokoll Tag 1–Tag 5

Datum	Tag 1 __/__	Tag 2 __/__	Tag 3 __/__	Tag 4 __/__	Tag 5 __/__

Selbstbeurteilung der Mundhöhle

Wie sieht Ihre Zunge heute aus?	Tag 1	Tag 2	Tag 3	Tag 4	Tag 5
rosig	☐	☐	☐	☐	☐
geschwollen	☐	☐	☐	☐	☐
rissig/blutig	☐	☐	☐	☐	☐
mit Bläschen	☐	☐	☐	☐	☐
belegt	☐	☐	☐	☐	☐

Wie sieht Ihre Mundschleimhaut heute aus?	Tag 1	Tag 2	Tag 3	Tag 4	Tag 5
rosig	☐	☐	☐	☐	☐
gerötet	☐	☐	☐	☐	☐
geschwollen	☐	☐	☐	☐	☐
belegt	☐	☐	☐	☐	☐
offene Stellen/blutig	☐	☐	☐	☐	☐

Wie sieht Ihr Zahnfleisch heute aus?	Tag 1	Tag 2	Tag 3	Tag 4	Tag 5
rosig	☐	☐	☐	☐	☐
gerötet	☐	☐	☐	☐	☐
geschwollen	☐	☐	☐	☐	☐
belegt	☐	☐	☐	☐	☐
offene Stellen/blutig	☐	☐	☐	☐	☐

- 10 -

	Tag 1	Tag 2	Tag 3	Tag 4	Tag 5
Wie fühlen sich Ihre Lippen heute an?					
unauffällig	☐	☐	☐	☐	☐
trocken	☐	☐	☐	☐	☐
geschwollen	☐	☐	☐	☐	☐
rissig/blutig	☐	☐	☐	☐	☐

EMPFEHLUNG: Pflegen Sie Ihre Lippen mit Lippenbalsam auf Wasserbasis (frei von Paraffinen und Vaseline).

Schmerzen

Haben Sie heute Schmerzen in der Mundhöhle?	Tag 1	Tag 2	Tag 3	Tag 4	Tag 5
ja	☐	☐	☐	☐	☐
nein	☐	☐	☐	☐	☐

Wie intensiv sind Ihre Schmerzen auf einer Skala von 0–10?
(0 = schmerzfrei, 10 = unerträgliche Schmerzen)

Tag 1	Tag 2	Tag 3	Tag 4	Tag 5
____	____	____	____	____

Wie oft haben Sie die Schmerzen heute wahrgenommen?	Tag 1	Tag 2	Tag 3	Tag 4	Tag 5
ab und zu	☐	☐	☐	☐	☐
bei der Mundpflege	☐	☐	☐	☐	☐
beim Essen	☐	☐	☐	☐	☐
beim Schlucken	☐	☐	☐	☐	☐
beim Sprechen	☐	☐	☐	☐	☐
anhaltend	☐	☐	☐	☐	☐

- 11 -

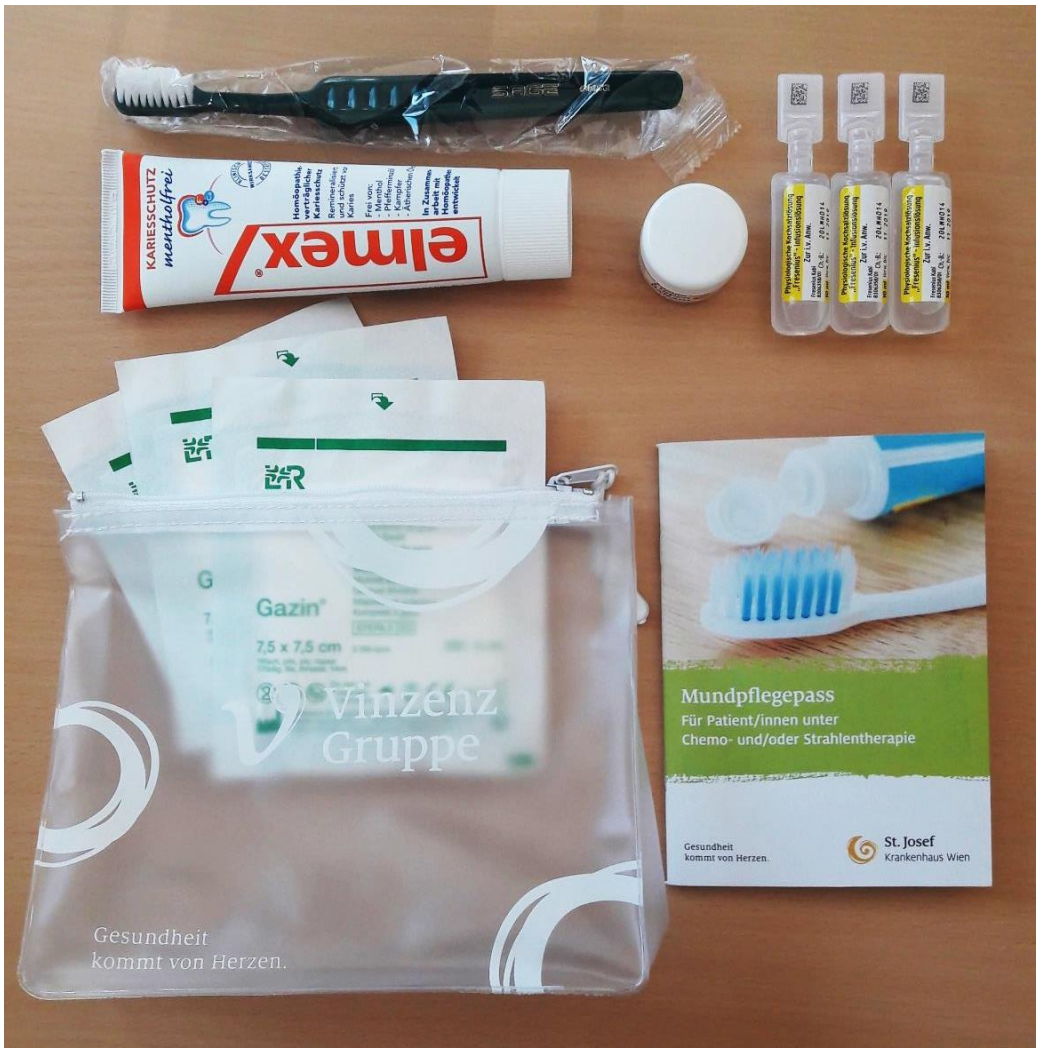
Quelle: Valente dos Santos Cartaxo, Holub (SJKH, 2016)

Der ***Mundpflegepass*** wurde anhand der in der Literatur bzw. insbesondere der Leitlinie zur Mundpflege für hematoonkologische PatientInnen der *Multinational Association of Supportive Care in Cancer/International Society of Oral Oncology* (Elad et. al, 2014) und aller im Setting erhobenen Daten gestaltet.

Der Pass selber wurde in zwei Teilen organisiert. Im ersten Teil werden die wichtigsten Informationen zur Mundpflege während der Therapie übermittelt. Im zweiten Teil können PatientInnen ihre Symptome und die durchgeführten Maßnahmen zur Mundpflege in einem Protokoll festhalten. So werden Fragen zum Aussehen der Mundschleimhaut, Schmerzen im Mundbereich, Maßnahmen zur Mundpflege aber auch zu Ess- und Trinkgewohnheiten erworben.

Der Mundpflegepass wird in einer ***Mundpflegetasche*** an onkologische Patientinnen gezielt ausgegeben, wenn eine chemotherapeutische Behandlung bzw. Strahlentherapie vorgesehen ist. Begleitend erhalten die PatientInnen empfohlene Produkten zur Mundpflege wie z.B. eine weiche Zahnbürste, Kochsalzlösung zum Spülen des Mundes oder ein Lippenbalsam mit Lanolin und Bienenwachs.

Abbildung 15 – Mundpflegetasche – Version vom SJKH (2017)



Quelle: eigene Darstellung

Die Gestaltung des Mundpflegepasses und der Mundpflegetasche erfolgte in enger Kooperation mit der Pflegedirektion des Sankt-Josef Krankenhaus (SJKH) und des Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Wien.
Durch die Erstellung dieser Materialien und durch ihre anschließende Verwendung wurden Forschungsergebnisse mit Praxiserfahrungen verknüpft und in der Praxis implementiert.

4.1.4 Organisationelle Unterstützung

Das Schulungsprogramm wurde durch die Pflegedirektion des Krankenhauses gefördert. MitarbeiterInnen durften während ihrer Dienstzeit die Schulungsmaßnahmen besuchen und an den Befragungen teilnehmen.
Durch enge Kooperation mit den Pflegequalitätsbeauftragten wurden regelmäßig Informationen und Erinnerungsemails über das Projekt an das Leitungsteam der Pflege geschickt. Diese haben dann die MitarbeiterInnen zur Teilnahme an der Befragung animiert und zur kritischen Hinterfragung bzw. zur Mitgestaltung der entwickelten Arbeitsmaterialien angeregt.
Den MitarbeiterInnen standen elektronische und ausgedruckte Schulungsmaterialien zur Verfügung, die auch in den Stationen aufgehängt wurden.

Nachfolgend wird die Vorgehensweise zur Datenerhebung und Auswertung vorgestellt.

5. Datenerhebung

5.1 Messinstrument

Es existieren mehrere Fragebögen zur Untersuchung der Einstellungen von Pflegepersonen gegenüber Forschungsanwendung, die auf wissenschaftlich geprüften Konstrukten basieren. Die Übersichtarbeiten von Frasure (2008) und Estabrooks, Squires, Strandberg, Nilson-Kajermo, Scott, Proffeto-McGrath, Harley und Wallin (2011) beschreiben einige dieser Instrumente wie z.B. das *Research Utilization in Nursing Survey* (Estabrooks, 1999; Kenny, 2005) oder das *Barriers and Facilitators to Using Research in Practice* Instrument (BARRIERS) (Funk, Tornquist und Champagne, 1995) und geben auch klare Empfehlungen für deren Anwendung. Das für die vorliegende Studie ausgewählte Erhebungsinstrument ist einer der wenigen Fragebögen, der auf einem theoretischen Konstrukt basiert, psychometrisch zuverlässig ist und ausführlich getestet wurde (Frasure, 2008; Haslinger-Baumann, Lang und Müller, 2014): die deutsche Version des **Fragebogens zur Anwendung von Forschung in der Pflege von Champion und Leach** (1989). Eine Überprüfung der Inhaltsvalidität des Instruments wurde durchgeführt (Polit, Beck und Hungler, 2004). Die deutsche Übersetzung, Pretest, Validität- und Reliabilitätsanalyse wurde von Haslinger-Baumann, Lang und Müller (2014) abgeschlossen.

Dieser Fragebogen war zum Zeitpunkt der Untersuchung der vorliegenden Studie das einzige in deutsche Sprache übersetzte und validierte Instrument zur Forschungsanwendung, das den erforderlichen qualitativen und quantitativen statistischen Gütekriterien qualitativer Assessmentsinstrumente entsprach (Haslinger-Baumann, Lang und Müller, 2014). Nach Email-Anfrage an die AutorInnen der Validitäts- und Reabilitätsanalyse der deutschen Version des Fragebogens wurde das Instrument von Ass.-Prof. Mag. Dr. Gerhard Müller und von FH-Prof. Mag. Dr. Elisabeth Haslinger-Baumann zur Verfügung gestellt und dadurch zur Anwendung in dieser Studie genehmigt.

Der Fragebogen zur Anwendung von Forschung in der Pflege von Champion und Leach (1989) ist ein kurzer, einfacher und schnell anzuwendender Fragebogen, der in vier Dimensionen organisiert ist: Unterstützung (*Support*), Einstellungen (*Attitude*), Anwendung (*Use*) und Verfügbarkeit (Availabilty). Diese Dimensionen spiegeln die Multidimensionalität des theoretischen Konstruktes „Forschungsanwendung“ wider.

Die Dimension **Anwendung** wird durch zehn Items gemessen und stellt in der originalen Version die unabhängige Variable dar, die von den anderen drei Variablen Unterstützung, Einstellungen und Verfügbarkeit beeinflusst wird. Anwendung misst die konkrete Anwendung von Forschung im Rahmen des Pflegeprozesses, des Entscheidungsfindungsprozesses oder im Rahmen der Auswahl von relevanten Forschungsergebnissen für die Praxis. Die Variable **Unterstützung** bildet die organisatorische

Unterstützung bei der Forschungsanwendung ab und wird durch neun Items erhoben. In dieser Dimension wird u.a. gemessen, ob Pflegepersonen von ihren Vorgesetzten oder KollegInnen bei der Forschungsanwendung unterstützt werden. Bei der Variable **Verfügbarkeit**, die durch sieben Items erhoben wird, handelt es sich um den notwendigen Zugang und Ressourcen für das Lesen und Verstehen von Forschungsergebnissen (Haslinger-Baumann, Lang, Müller, 2014).

Der Abschnitt B „Attitude" vom obengenannten Fragebogen widmet sich der Dimension **Einstellung**. Da das Ziel dieser Arbeit darin liegt, Einstellungen von Pflegepersonen gegenüber Forschungsanwendung in zwei verschiedenen Momenten zu messen, wurde bei der Datenerhebung und Auswertung der Fokus auf die Dimension **Einstellung** (i.e. „Attitude") gesetzt.

Tabelle 1 – Fragebogen zur Forschungsanwendung in der Pflege: Abschnitt B „Attitude"

SPSS Codierung B		**Einstellung *„Attitude"* (Item B01 bis B16)** (Code 99 für keine Angabe (f.k.A.))
B01	**1**	Ich würde mein Vorgehen in der Praxis aufgrund von Forschungsergebnissen ändern.
B02	**2**	Ich möchte mein Vorgehen in der Praxis auf Forschungserkenntnissen stützen.
B03	**3**	Die Integration von Forschungserkenntnissen hilft mir, meine Ziele als Pflegeperson zu erreichen.
B04	**4**	Gesundheits- und Krankenpflege sollte sich auf Forschungserkenntnisse stützen.
B05	**5**	Mehr Pflegepersonen sollten Forschungsergebnisse in ihre Pflegepraxis integrieren.
B06	**6**	Die Auseinandersetzung mit Forschungserkenntnissen ist für mich eine Zeitverschwendung.
B07	**7**	Das Verstehen von Forschungsergebnissen hilft mir, meine Tätigkeit professionell auszuführen.
B08	**8**	Ich finde Forschung spannend.
B09	**9**	Forschung hat einen stimulierenden Effekt.
B10	**10**	Forschung ist verstehbar.
B11	**11**	Forschung ist notwendig, um die Pflegepraxis ständig zu verbessern.
B12	**12**	Mit Hilfe der Forschung wird eine wissenschaftliche Fundierung für die Pflegepraxis geschaffen.
B13	**13**	Forschung ist ein ödes, langweiliges Thema.
B14	**14**	Der Gedanke an Forschung spricht mich überhaupt nicht an.
B15	**15**	Forschungsergebnisse lassen sich in meine Tätigkeit nicht integrieren.
B16	**16**	Die Erkenntnisse aus der Forschung sind für die Anwendung in der Pflegepraxis nicht relevant.

Quelle: Fragebogen zur Anwendung von Forschung in der Pflege von Champion und Leach (1989), Inhaltsvalidität nach Polit, Beck und Hungler (2004), deutsche Übersetzung, Pretest, Validität- und Reliabilitätsanalyse nach Haslinger-Baumann, Lang und Müller (2014).

Darstellung: eigene Darstellung

Laut der Validitätsanalyse von Haslinger-Baumann und Müller (2014) ist die Cronbach's alpha für diesen Abschnitt sehr gut (.92) bzw. der Abschnitt beinhaltet Items, die sehr stark mit der Variable Einstellung bzw. miteinander korrelieren. Auch das Kaiser-Meyer-Olkin Kriterium ist in diesem Abschnitt sehr hoch (.91) bzw. zeigt, wie die zusammengestellten Fragen zur „Einstellung" zu diesem Thema wirklich gemeinsam in einem Fragebogen gehören.

Hier werden 16 Fragen zu Einstellungen von Pflegepersonen bezüglich Forschungsanwendung gestellt. Diese Fragen werden als Assessment Aussagen gestellt wie z.B. dass Pflege auf Forschungsergebnissen basiert werden soll oder dass Forschungsergebnisse verständlich sind.

Es werden fünf Aussagen negativ formuliert (z.B. Forschungsanwendung ist eine Zeitverschwendung), die restlichen Aussagen werden positiv formuliert (z.B. Forschungsergebnissen sollen in der Praxis integriert werden).

Eine für alle Fragen einheitliche Likert-Skala gibt die Antwortmöglichkeiten an:

{1, stimme völlig zu}
{2, stimme eher zu}
{3, weder noch}
{4, lehne eher ab}
{5, lehne völlig ab}

5.2 Fragebogenadaptierung

Die Variable Alter wurde von Köpke et al. (2013) als möglichen Einflussfaktor zu Einstellungen gegenüber Forschungsanwendung identifiziert. *Alter* in Jahren wurde deshalb im Fragebogen ergänzt und bei dieser Befragung erhoben. Nach Ausarbeitung der Forschungsliteratur wurden in der zweiten Befragung weitere Fragen inkludiert, die Hinweis darüber geben sollten, ob die befragte Person am Schulungsprogramm bzw. an einzelnen angebotenen Schulungsmaßnahmen teilgenommen hat.

Tabelle 2 – Auszug aus dem Fragebogen: Alter und Teilnahme am Schulungsprogramm

C10	**26**	**Alter:**	_____ Jahren

SPSS Codierung		**Haben Sie an den folgenden Schulungsveranstaltungen teilgenommen? Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an.** (Code 99 für keine Angabe (f.k.A.))	1 **teilgenommen**	2 **nicht teilgenommen**
C06_1	**17**	*Veranstaltung 1: Projektvorstellung* ***"Evidenzbasierte Pflege – wie läuft das ab?"*** *(Teambesprechungen zwischen Oktober/Dezember 2015)*	☐	☐
C06_2	**18**	*Veranstaltung 2:* Diskussion des Artikels Smoliner, A. (2008) **Konzeptbeschreibung Evidence-based Nursing Rudorfilnerhaus Wien** *(auf der jeweiligen Station: April/Mai 2016)*	☐	☐

Tabelle 2 – Auszug aus dem Fragebogen: Alter und Teilnahme am Schulungsprogramm (Fortsetzung)

C06_3	**19**	*Veranstaltung 3:* Diskussion des *Posters* ***"Evidence Based Nursing: Konzepte und Wege in die Pflegeentwicklung"*** *(auf der jeweiligen Station: April/Mai 2016)*	☐	☐
C06_4	**20**	*Veranstaltung 4:* ***"Prävention von Mundschleimhautinfektionen bei onkologischen PatientInnen: Abläufe und erste Ergebnisse"*** *(Teambesprechungen zwischen Mai/Juli 2016)*	☐	☐
C06_5	**21**	*Veranstaltung 5:* Evidenzbasierter Standard *"****Pflegeinterventionen zur Prävention von Mundschleimhautinfektionen bei PatientInnen unter Chemo- und/oder Strahlentherapie****"* (auf der jeweiligen Station: Mai/Juli 2016)	☐	☐

5.3 Forschungsfeld

Diese Studie wurde im St. Josef Krankenhaus der Vinzenz Gruppe durchgeführt. Das ist ein Ordenskrankenhaus mit 164 Betten. Mehrere Abteilungen dieses Krankenhauses haben als gemeinsamen Schwerpunkt den Bereich der Onkologie, mit speziellem Fokus auf Blut-, Magendarmtrakt-, Brust- und gynäkologische Krebserkrankungen. PatientInnen werden somit in diesem Setting von der Diagnostik bis zur Genesung oder dem Tod in den verschiedenen Krankheitsphasen begleitet und dementsprechend wird das klinische Leistungsangebot gestaltet (2017a, SJKH).

Alle Stationen, wo onkologische PatientInnen im Laufe ihrer Krankheitsentwicklung versorgt werden, wurden in die vorliegende Studie miteinbezogen.

5.4 Stichprobe und Einschlusskriterien

Für diese Studie wurde eine Gelegenheitsstichprobe ausgewählt. Willkürliche Auswahlverfahren ermöglichen keine Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit – stellen jedoch eine sinnvolle Auswahl dar, wenn die Wirksamkeit einer Intervention, wie z.B. ein Schulungsprogramm, getestet wird (Ebermann, 2010). Weiteres ist eine sinnvolle Auswahl mit einer Gelegenheitsstichprobe zu arbeiten, wenn finanzielle und zeitliche Ressourcen eingeschränkt sind (Ebermann, 2010), wie im Fall der Verfassung einer Masterarbeit.

Bei diesen Verfahren haben Elemente der Grundgesamtheit (wie z.B. individuelle Motivation der DGKP oder Interesse an Forschungsanwendung), unterschiedliche Selektionswahrscheinlichkeiten, die sich in der Zusammensetzung der Stichprobe widerspiegeln. D.h. es besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass den Merkmalen der ausgewählten Stichprobe die Merkmale der Grundgesamtheit nicht entsprechen. Daher sind keine Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit möglich (Ebermann, 2010).

Anders erklärt, ist es nicht Ziel dieser Untersuchung, Rückschlüsse auf Pflegepersonen des untersuchten Settings bzw. an Pflegepersonen im Allgemeinen zu ziehen – sondern nur Veränderungen in den Stichproben zu zwei verschiedenen Zeitpunkten zu messen.

In diesem Krankenhaus sind laut Spitalskompass diplomierte Pflegefachpersonen die größte Berufsgruppe (GÖG, 2018). Alle DGKP, die (1) zur Zeit der Befragung im untersuchten Setting berufstätig waren, die (2) Kontakt mit onkologischen PatientInnen im beruflichen Alltag hatten und denen (3) das geplanten Schulungsprogramm angeboten wurde, wurden unabhängig von ihren Abteilungen bzw. von ihren Stationen und beruflichen Rollen zur Teilnahme an der Befragung eingeladen.

Eine Gelegenheitsstichprobe hat sich im obengenannten Forschungsfeld auf *fünf Stationen* angeboten.

95 Pflegepersonen wurden insgesamt für die Befragung eingeladen. Diese Gruppe von DGKP stellt somit die gegebene Stichprobe dar. Aufgrund einer relativ kleinen Stichprobe wurde das Ziel gesetzt, dass bei beiden Surveys – Pre- und Postsurvey - mindestens 30 Personen an der Studie teilnehmen.

Abbildung 16 – Gelegenheitsstichprobe

Chirurgie 1	Chirurgie 2	Gynäkologie	Interne 1	Intensivstation
15 *Betten*	37 *Betten*	17 *Betten*	33 *Betten*	4 *Betten*
998 *Aufenthalte*	3478 *Aufenthalte*	1940 *Aufenthalte*	5518 *Aufenthalte*	474 *Aufenthalte*
Verweildauer 1,6 Tage	*Verweildauer* 2,2 Tage	*Verweildauer* 3 Tage	*Verweildauer* 1,8 Tage	*Verweildauer* 2 Tage
10 DGKP	**22 DGKP**	**25 DGKP**	**23 DGKP**	**15 DGKP**

Quelle: 2017a, SJKH. Erläuterung: Aufenthalte und durchschnittliche Aufenthaltsdauer auf der Abteilung werden angezeigt.

Die Rekrutierung erfolgte vor Ort mit Unterstützung der Pflegedirektion und der Pflegequalitätsbeauftragten. Die Verteilung der Fragebögen an Pflegepersonen, die den Einschlusskriterien entsprachen, erfolgte im Krankenhausbereich im Rahmen von Teambesprechungen und Fortbildungsmaßnahmen.

5.5 Ethische Überlegungen

In der Pflegeforschung ist der (Daten-)Schutz aller TeilnehmerInnen Voraussetzung für den Ablauf des Forschungsprozesses. Grundlage dafür ist die Durchführung der Einverständniserklärung, wo die

TeilnehmerInnen über Ziele, Nutzen und die Risiken der Studie in verständlicher Form informiert werden (Körtner, 2012). Die Aufklärung von Pflegepersonen erfolgte bei den Teambesprechungen auf den jeweiligen Stationen. Eine Information über die Studie und eine Einwilligungserklärung wurden mit jedem Fragebogen ausgehändigt.

Weiters sind TeilnehmerInnen vor „etwaigen physischen oder psychischen Schäden" zu schützen (Körtner, 2012). Die obengenannte Studie stellt für die involvierten Pflegepersonen keine Risiken dar. Für die Pflegeteams werden Fortbildungsmaßnahmen in der Arbeitszeit und Arbeitsmaterialien infolge des Projektes angeboten, was als potenzieller Nutzen gesehen werden kann. Hier kann also von einem eigennützigen Forschungsansatz gesprochen werden (Körtner, 2012).

Nichtdestotrotz wurde die Studie bei der Ethikkommission des SJKH vorgestellt und anschließend genehmigt (**Anhang 4** – Genehmigung Ethikkommission).

Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Darüber hinaus war es allen TeilnehmerInnen möglich, jederzeit aus dem Forschungsprojekt auszusteigen und ihre Zustimmung zurückzuziehen, ohne Angabe von Gründen und ohne negative Folgen (Körtner, 2012).

Das Ausfüllen des Fragebogens wurde ebenfalls während der Arbeitszeit der Pflegepersonen durchgeführt. Interviews mit Beteiligten zwecks Überarbeitung des evidenzbasierten Standards und Anschaffung von Arbeitsmaterialien erfolgten in Räumlichkeiten, die Privatsphäre gewährleisteten.

Ergebnisse, die sich aus dem Forschungsprojekt ergaben, wurden vertraulich und in anonymer Form behandelt bzw. veröffentlicht. Nach der Auswertung von Daten können keine Rückschlüsse von unberechtigten Dritten auf die TeilnehmerInnen des Forschungsprojektes gezogen werden. Diese Voraussetzungen entsprechen somit den ethischen Grundsätzen der Pflegeforschung (Körtner, 2012). Die aus den Befragungen gewonnenen Daten werden ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet.

6. Datenauswertung

Zwecks Datenanalyse wurde eine deskriptive und abschließende statistische Auswertung der Daten mittels IBM SPSS Statistics Version 23 und Microsoft Office Excel 10 durchgeführt.

Die deskriptive Statistik beschreibt die erhobenen Eigenschaften einer untersuchten Stichprobe. Das umfasst die Beschreibung der Stichprobe und die Ermittlung von Häufigkeiten und Kenngrößen der unterschiedlichen Merkmale (Weiß, 2013). In einer zweiten Phase erfolgt durch die abschließende Statistik eine Gegenüberstellung der Ergebnisse, die eine Beantwortung der Forschungsfragen ermöglicht (Weiß, 2013). IBM SPSS Statistics 23 und Microsoft Excel erlauben eine schnelle, multidimensionale und zuverlässige Verarbeitung, Analyse und Berichterstellung von quantitativen Daten. Gestützt auf den Möglichkeiten der obengenannten Programme wurde folgender Auswertungsplan für die Analyse der Daten gestaltet:

Abbildung 17 – Statistischer Auswertungsplan

Schritte des Auswertungsplans	
1	**1. Forschungsfragen feststellen** **Hauptfrage**: Gibt es Unterschiede in den Einstellungen von Pflegepersonen gegenüber Forschungsanwendung auf einem akut onkologischen Setting, vor und nach einem Schulungs-programm über evidenzbasierte Pflege? Unterfragen siehe **3.2 Forschungsfragen**
2	**2. Identifizierung und Operationalisierung der zu verwendenden Variablen** **Abhängige Variablen** **1. Recodierung von Variablen** **Abschnitt B „Attitute“**: Recodierung der Ausprägungen von negativ formulierten Aussagen (SPSS: Transformieren > Umcodieren in dieselben Variablen: 1=5; 2=4; 3=3; 4=2; 5=1) **2. Auswertung einzelnen Variablen** Variablen werden einzeln grafisch dargestellt – nach Häufigkeit und nach Lagemäße (Minimum [Min], 25% Quantil [25P], Mittelwert [M], 75% Quantil [75P], Maximum [Max], Standardabweichung [SD]) **3. Neuerzeugt durch den Aufbau von Indizes** Theoretische Kategorien des Fragebogens werden beibehalten. Aufbau von *Mittelwertindex* **„Einstellungen_gesamt“**

2

2. Identifizierung und Operationalisierung der zu verwendenden Variablen (Fortsetzung)

Unabhängige Variablen

4. Recodierung von Variablen

Alter: Recodierung in 3 klassiger Variable: bis 32 Jahre alt, 33 – 46 Jahre alt, ab 47 Jahre alt
Berufserfahrung: Recodierung in 3 klassiger Variable: 1-5 Jahre (Berufsanfänger), 6 – 15 Jahre (Erfahrene, Bildung nach ebP), >15 Jahre (Erfahrene, Bildung bevor ebP)
Bildungsabschluss Pflege: Recodierung in 2 klassiger Variable: nicht akademischer Abschluss, akademischer Abschluss

5. Auswertung einzelnen Variablen

Variablen werden einzeln tabellarisch dargestellt – nach Häufigkeit und nach Lagemäße
sozidemografische Merkmale: Geschlecht, Alter
beruflichen Merkmalen: berufliche Rolle, Berufserfahrung im Jahren
Bildungsmerkmalen: Bildungsabschluss, vorherige Kenntnisse Pflegeforschung/EBP/Statistik

6. Neuerzeugt durch den Aufbau von Indizes

Kategorien des Fragebogens werden beibehalten.
Aufbau von *Summenindex* **„Teilnahme_Schulungsprogramm“** in 3 klassiger Variable umcodiert

Datenniveaus der Variablen feststellen
nominale Daten: Geschlecht, berufliche Rolle, Bildungsabschluss, vorherige Kenntnisse
ordinale Daten: Alter_K, Berufserfahrung_K, Einstellungen, „Teilnahme_Schulungsprogramm“_K
metrische Daten: „Einstellungen_gesamt“, „Teilnahme_Schulungsprogramm“

3

3. Deskriptive Statistik

Stichprobenbeschreibung:
Darstellung der Stichprobe und Setting der Datenerhebung

Deskriptive Darstellung der unabhängigen Variablen
Häufigkeitsauszählungen: Geschlecht, Alter, berufliche Rolle, Berufserfahrung; Bildungsabschluss, vorherige Kenntnisse Pflegeforschung/EBP/Statistik
Grafische Darstellung: „Teilnahme_Schulungsprogramm“

Deskriptive Darstellung der abhängigen Variablen
Häufigkeitsauszählungen: Zusammenfassung von Häufigkeiten einzelner Items
Deskriptive Statistik: M einzelner Items, ggf. Lagemäße „Einstellungen_gesamt“
Grafische Darstellung: Balkendiagrame, Liniendiagramme, Histogramme

3	**3. Deskriptive Statistik (Fortsetzung)** **Deskriptive Gegenüberstellung der unabhängigen und abhängigen Variablen** *Gegenüberstellung der deskriptiven Statistik von einzelnen Kategorien je nach unabhängigen Variablen* *Deskriptive Statistik:* Mittelwert, Max, Min, P. 25 – P. 75 der „Einstellungen_gesamt“ je nach uV *Grafische Darstellung*: Boxplots und tabellarische Darstellung

4	**4. Auswahl der statistischen Testverfahren** **HF: „Einstellungen_gesamt“ bzw. Einstellungen** Welche Datenniveau haben die abhängige Variablen?: metrisch; nicht normalverteilt / ordinal Ziel: Gruppenvergleich (vor/nach) **Test: U-test unabhängiger Stichproben** **UF1. UF2. UF3: „Einstellungen_gesamt“ bzw. Einstellungen, Alter, Geschlecht, Berufserfahrung, Bildungsabschluss, vorherige Kenntnisse Pflegeforschung/EBP/Statistik** Welche Datenniveau haben die abhängige Variablen?: metrisch; nicht normalverteilt / ordinal Ziel: Beziehungen zwischen uV und aV erkennen **Test: Spearman (ordinale Daten) bzw. Pearson (metrische Daten) Korrelation** **Ermittlung von statistisch signifikanten Unterschieden** **Durchführen der statistischen Testverfahren:** Hypothesenübersicht mit den Testergebnissen gegenüberstellen

5	**5. Beantwortung der Forschungsfragen** **Tabellarische Darstellung der Ergebnisse** Zusammenfassung der Ergebnisse von Signifikanztests

Anhand des beschriebenen Auswertungsplans wurde ein Codeplan im SPSS angelegt (siehe **Anhang 6**). Entsprechend der Matrix wurden die Daten tabellarisch im Excel eingegeben und dann wieder ins SPSS übertragen. Die Dateneingabe ist mittels Farbcodierung und anderer zusätzlicher Funktionen im Excel einfacher, übersichtlicher und schneller. Nach Kontrolle der eingegebenen Daten mittels Erstellung von Häufigkeitstabellen im SPSS wurden falsch getippte Werte händisch korrigiert.

Mit den bestehenden Häufigkeitstabellen war es dann möglich, die Verteilung von unabhängigen und abhängigen Variablen zu analysieren und daraus statistisch auswertbarere Klassen für die verschiedenen Merkmale zu definieren (z.B. Altersklassen, Berufserfahrung nach Klassen, Bildungsabschluss in zwei Klassen, u.ä.). Anhand dieser Beobachtungen und nach Rücksprache mit Prof. Dr. Hanna Mayer wurden ausgewählte Variablen neu codiert und Indizes gebaut.

6.1 Indexberechnung

Die Dimension **Attitude** (Abschnitt B) zeigt einen sehr hohen Cronbach's alpha (.92) bzw. einen sehr hohen Kaiser-Meyer-Olkin (.91) Wert (Haslinger-Baumann und Müller, 2014). Diese Ergebnisse zeigen, dass die verschiedenen Fragen das Konstrukt „Einstellung" abbilden und miteinander inhaltlich korrelieren und dass aus den 16 Items ein sinnvoller Index berechnet werden kann.

Nun ist es so, dass aufgrund der unterschiedlichen Aussagenformulierung (fünf Aussagen negativ formuliert, elf Aussagen positiv formuliert) eine direkte Indexberechnung mit den ausgewählten Fragen nicht möglich ist. Weiters spiegeln die Antwortmöglichkeiten keine positive oder negative Bewertung wider und erheben lediglich die Zustimmung der TeilnehmerInnen mit den formulierten Aussagen.

Bei einer vorgegebenen Person, die die positivsten Einstellungen gegenüber Forschungsanwendung hätte, hätten wir daher einen Mittelwertindex von ca. 2,6. Dieser Wert wäre von einem anderen bestimmten Wert nicht zu unterscheiden, wenn die TeilnehmerInnen allen Aussagen eher zugestimmt oder eher abgelehnt hätten. Die Zusammenfassung mehrerer Merkmalen bezüglich der Dimension *Einstellung* würde daher eine große Herausforderung für die Datenanalyse und Interpretation darstellen.

Tabelle 3 – Negativ formulierte Fragen

SPSS Codierung		**Einstellung *„Attitude"* (Item B 1 bis B 21)** (Code 99 für keine Angabe (f.k.A.))	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
B			**stimme völlig zu**	**stimme eher zu**	**weder noch**	**lehne eher ab**	**lehne völlig ab**
B06	**6**	Die Auseinandersetzung mit Forschungserkenntnissen ist für mich eine Zeitverschwendung.	☐	☐	☐	☐	☐
B13	**13**	Forschung ist ein ödes, langweiliges Thema.	☐	☐	☐	☐	☐
B14	**14**	Der Gedanke an Forschung spricht mich überhaupt nicht an.	☐	☐	☐	☐	☐
B15	**15**	Forschungsergebnisse lassen sich in meine Tätigkeit nicht integrieren.	☐	☐	☐	☐	☐
B16	**16**	Die Erkenntnisse aus der Forschung sind für die Anwendung in der Pflegepraxis nicht relevant.	☐	☐	☐	☐	☐

Eine Möglichkeit die Datenauswertung zu optimieren, ohne die Zuverlässigkeit der Ergebnisse zu gefährden, wäre das Umcodieren der Variablen **B06**, **B13**, **B14**, **B15** und **B16** in dieselben Variablen. Die Vorgehensweise ermöglicht anhand des originalen Fragebogens negativ gestellten Aussagen mit neuen Ausprägungen bzw. Antwortmöglichkeiten zu codieren.

Inhaltlich bleiben dann die erhobenen und ausgewerteten Fragen und Antworten anhand dieser Vorgehensweise gleich.

Tabelle 4 – Vorschlag für Umformulierung der Antwortmöglichkeiten

SPSS Codierung B		**Einstellung *„Attitude“* (Item B 1 bis B 21)** (Code 99 für keine Angabe (f.k.A.))	**5** stimme völlig zu	**4** stimme eher zu	**3** weder noch	**2** lehne eher ab	**1** lehne völlig ab
B06	**6**	Die Auseinandersetzung mit Forschungserkenntnissen ist für mich eine Zeitverschwendung.	☐	☐	☐	☐	☐
B13	**13**	Forschung ist ein ödes, langweiliges Thema.	☐	☐	☐	☐	☐
B14	**14**	Der Gedanke an Forschung spricht mich überhaupt nicht an.	☐	☐	☐	☐	☐
B15	**15**	Forschungsergebnisse lassen sich in meine Tätigkeit nicht integrieren.	☐	☐	☐	☐	☐
B16	**16**	Die Erkenntnisse aus der Forschung sind für die Anwendung in der Pflegepraxis nicht relevant.	☐	☐	☐	☐	☐

Nun werden positive Aussagen immer mit einer Skalierung ausgewertet, wo 1 die höchste Zustimmung und 5 die niedrigste Zustimmung darstellen. Bei negativen Aussagen wird eine neue Skalierung verwendet, wo 5 die höchste Zustimmung und 1 die niedrigste Zustimmung darstellen.

Tabelle 5 – Antwortmöglichkeiten bei positiv und negativ formulierten Fragen

	1	**2**	**3**	**4**	**5**
positiv formulierte Aussagen	**stimme völlig zu**	**stimme eher zu**	**weder noch**	**lehne eher ab**	**lehne völlig ab**
negativ formulierte Aussagen	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**

Durch diese Codierung ist der Aufbau eines Index möglich und inhaltlich sinnvoll. Durch die neue Codierung hat eine Person, welche Ergebnisse einen Mittelwert von 1 aufweisen, die positivsten Einstellungen gegenüber Forschungsanwendung. Eine Person, die dagegen die negativsten Einstellungen aufweist, wird mit ihren Antworten ein Mittelwertindex von 5 erreichen.

6.2 Umgang mit fehlenden Antworten

Alle Auswertungen werden mit Rücksicht auf fehlende Angaben durchgeführt. Diese Angaben werden im Kapitel Ergebnisse unter „Fehlend“ oder „keine Angabe“ tabellarisch dargestellt. Für die Beschreibung der Merkmale im Fließtext und für die Gegenüberstellung von mehreren abhängigen und unabhängigen Variablen werden in dieser Arbeit nur gültige Fälle bzw. gültige Prozentwerte miteinbezogen. Die Anzahl von gültigen Antworten bzw. die Anzahl der in der Auswertung miteinbezogenen Antworten wird tabellarisch bei der Analyse aller Merkmale dargestellt.

6.3 Datenniveau, Auswertung und Interpretation der abhängigen Variablen

Das Datenniveau der einzelnen Aussagen von **B01** bis **B16** ist ordinal d.h. die erhobenen Daten sind qualitativ, in dem sie den Grad der Zustimmung bzw. Ablehnung einer gegebenen Aussage beschreiben. Eine Rangordnung zwischen den Graden der Zustimmung bzw. Ablehnung (starker oder schwacher Zustimmung bzw. Ablehnung) ist möglich, jedoch haben die Abstände zwischen Ausprägungen keine mathematische Bedeutung (Horst, 2004).

Für die Darstellung der Ergebnisse hinsichtlich der einzelnen Aussagen wird jedoch zwecks detaillierter Auswertung auf die Auswertungsmethoden von qualitativen Daten zurückgegriffen. D.h. als Hauptlagemaße für die deskriptive Statistik wird der Mittelwert berechnet. Hier ist zu beachten, dass die verschiedenen Mittelwerte bei der Dateninterpretation nur in eine Rangordnung (positiver bzw. negativer, stärker bzw. schwächer) gebracht werden. Grund für diese Entscheidung ist, dass bei den ersten Datenanalysen die Medianänderungen keine kleinen Meinungsunterschiede in der untersuchten Stichprobe aufzeigen konnten. Durch die Verwendung des Mittelwertes werden auch minimale Änderungen in der Datenanalyse angezeigt.

Das Datenniveau des Mittelwertindexes ist metrisch und eine quantitative Datenauswertung ist hier ohne Einschränkungen möglich. Die Interpretation der Daten findet ebenfalls auf einer qualitativen Ebene statt.

Alle Merkmalausprägungen werden grafisch und/oder tabellarisch dargestellt d.h. alle Ergebnisse werden Rücksicht auf die Antwortkategorien {stimme völlig zu}, {stimme eher zu}, {weder noch}, {lehne eher ab} und {lehne völlig ab} nehmen. Allerdings werden aufgrund der schwierigen inhaltlichen Abgrenzung der Kategorien {stimme völlig zu} und {stimme eher zu} und der Kategorien {lehne eher ab} und {lehne völlig ab} nach Rücksprache mit Prof. Dr. Hanna Mayer die individuellen Einstellungen im Fließtext nur hinsichtlich Zustimmung und Ablehnung analysiert.

7. Ergebnisse

Die Ergebnisse der Untersuchung werden chronologisch dargestellt. Die Stichprobe und Ergebnisse aus dem ***Presurvey*** werden vor der Präsentation der Stichprobe und der Ergebnisse des ***Postsurveys*** erfolgen. Abschließend werden die ***Ergebnisse beider Erhebungen*** grafisch und tabellarisch gegenübergestellt und verglichen.

Am Ende des Kapitels werden die durchgeführten Testverfahren präsentiert und die Fragestellungen beantwortet.

7.1 Presurvey

7.1.1 Stichprobenbeschreibung

Bei der ersten Erhebung wurden 95 Fragebögen ausgeteilt. Insgesamt nahmen 37 DGKP an der Erhebung teil. Das entspricht einer Rücklaufquote von ca. 39%. Alle abgegebenen Fragebögen wurden für die Auswertungsphase miteinbezogen – die Anzahl der gültigen Antworten wird bei der Häufigkeitstabellen der jeweiligen Merkmale angezeigt.

Eine höhere Rücklaufquote ist in den Bereichen Intensivstation, Interne und Chirurgie zu beobachten. Das sind auch jene Bereiche im untersuchten Setting, wo Pflegepersonen am häufigsten Kontakt mit PatientInnen in den akuten Phasen der onkologischen Erkrankung betreuen. Auf der Gynäkologie sind dagegen andere Krankheitsbilder (Hauptschwerpunkte: Geburtshilfe und Frauenheilkunde) im Vordergrund der täglichen Arbeitsprozesse.

Abbildung 18 – Rücklaufquote der 1. Erhebung nach Fachabteilung

Gesamt	Chirurgie (1+2)	Gynäkologie	Interne 1	Intensivstation
39%	**34%**	**16%**	**39%**	**47%**
37 DGKP *(aus 95 Personen)*	**11 DGKP** *(aus 32 Personen)*	**4 DGKP** *(aus 25 Personen)*	**9 DGKP** *(aus 23 Personen)*	**7 DGKP** *(aus 15 Personen)*

Von den TeilnehmerInnen waren 27 Personen weiblich (73%) und 6 Personen männlich (ca. 16%). Die Verteilung entspricht der erwarteten Geschlechterverteilung des Pflegeberufes in Österreich, wo der größte Anteil berufstätige Frauen sind (BGF, 2016). Für die Stichprobe ist anzumerken, dass der An-

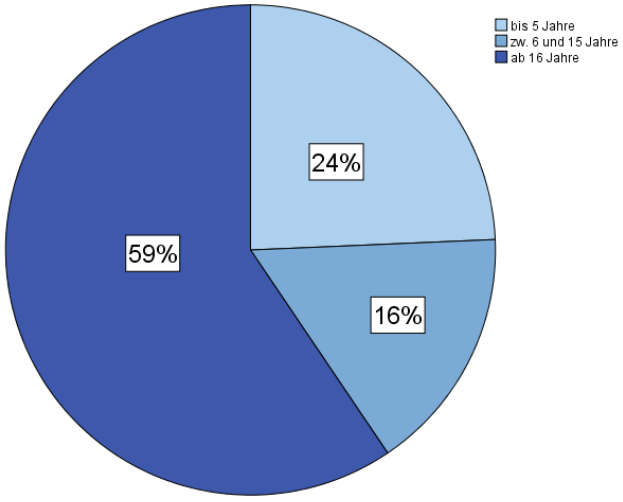
teil von Männern (ca. 18%) ungefähr dem durchschnittlichen Anteil von Männern in den Wiener Krankenhäusern entspricht (ca. 16% - BGF, 2016).

Tabelle 6 – Soziodemografische Merkmale - Presurvey

Alter	*N*	*Min.*	*25 P*	*Mittelwert*	*Median*	*75 P*	*Max.*
	26	**21**	27	**37**	38	45	**58**
				N	**%**	**Gültige %**	**Kum. %**
Geschlecht	*Gültig*		**Weiblich**	27	73	**81,8**	81,8
			Männlich	6	16,2	18,2	100
	Fehlend		keine Angabe	4	10,8		
			Gesamt	37	100		

Das durchschnittliche Alter dieser Gruppe war 37 Jahre, bei einer Alterspanne von 21 bis 58 Jahren. Es wurden keine Daten über die Altersverteilung von Pflegepersonen in Österreich in der Literatur gefunden.

Grafik 1 – Berufserfahrung in Jahren (klassiert) - Presurvey



Die befragten TeilnehmerInnen waren durchschnittlich seit ca. 16 Jahren im Pflegeberuf tätig (bei einer Berufserfahrungsspanne von 1 bis 36 Jahren). Ca. 24% der Befragten waren Berufsanfänger (**wenig als 5 Jahre** im Pflegeberuf tätig), 16% der Befragten waren **zwischen 6 und 15 Jahre** im Pflegeberuf tätig und ca. 60% **länger als 15 Jahre**. Anzumerken ist, dass ca. 40% der Befragten im Pflegeberuf nach der standardmäßigen Einführung von Pflegewissenschaft ab 1997 in den österreichischen Ausbildungscurricula tätig geworden sind (Haslinger-Baumann, Lang & Müller, 2014; Breimaier, Halfens & Lohrmann, 2011; Meyer, Balzer & Köpke, 2013).

80,6% der TeilnehmerInnen arbeiteten in der direkten Pflege (29 Personen) und die restlichen 19,4% arbeiteten in der Pflegeleitung (ca. 11% bzw. 4 Personen) oder als lehrende DGKP bzw. Praxisanleiter (ca. 8% bzw. 3 Personen) in den teilnehmenden Abteilungen.

Tabelle 7 – Berufliche Merkmale - Presurvey

		N	Min.	25 P	Mittelwert	Median	75 P	Max.
Berufserfahrung		33	1	5	16	18	20	36

			N	%	Gültige %	Kum. %
Berufliche Rolle	Gültig	DGKP_Station	29	78,4	80,6	80,6
		Leitend	4	10,8	11,1	91,7
		Lehrend	3	8,1	8,3	100
		Gesamt	36	97,3	100	
	Fehlend	keine Angabe	1	2,7		
		Gesamt	37	100		

Aus diesen TeilnehmerInnen hatten ca. 77% keine akademische Ausbildung (27 Personen), ca. 9% absolvierten einen Bachelorstudium (3 Personen) und ca. 14% hatten einen Abschluss auf Masterebene (5 Personen). Der Anteil von akademisch ausgebildeten Personen (ca. 23%) liegt daher höher als der Anteil von Personen mit Hochschul- oder Akademieabschluss in der gesamten österreichischen Bevölkerung (16,7% - Statistik Austria, 2018).

Tabelle 8 – Bildungsmerkmale - Presurvey

				N	%	Gültige %	Kum. %
Bildungsabschluss	Gültig		Diplom	27	73	77,1	77,1
			Baccalaureate	3	8,1	8,6	85,7
			Magister	4	10,8	11,4	97,1
			Master	1	2,7	2,9	100
			Gesamt	35	94,6	100	
	Fehlend		keine Angabe	2	5,4		
Vorkenntnisse	Pflegeforschung	Gültig	Ja	17	45,9	56,7	56,7
			Nein	13	35,1	43,3	100
			Gesamt	30	81,1	100	
		Fehlend	k. A	7	18,9		
	ebP	Gültig	Ja	10	27	35,7	35,7
			Nein	18	48,6	64,3	100
			Gesamt	28	75,7	100	
		Fehlend	k. A	9	24,3		
	Statistik	Gültig	Ja	4	10,8	14,3	14,3
			Nein	24	64,9	85,7	100
			Gesamt	28	75,7	100	
		Fehlend	k. A	9	24,3		
			Gesamt	37	100		

Ca. 57% der Befragten besaß bei der ersten Erhebung Vorkenntnisse über Pflegeforschung. Allerdings nur ca. 35% bzw. ca. 14% gaben an, vorherige Kenntnisse über jeweils ebP und Statistik zu haben. Diese Ergebnisse könnten darauf hindeuten, dass lediglich Vorkenntnisse, die auch in der täglichen Pflege regelmäßig zum Einsatz kommen, von der DGKP auch wahrgenommen werden.
Demnächst werden die Ergebnisse hinsichtlich abhängiger Variablen und die Gegenüberstellung mit unabhängigen Variablen vorgestellt.

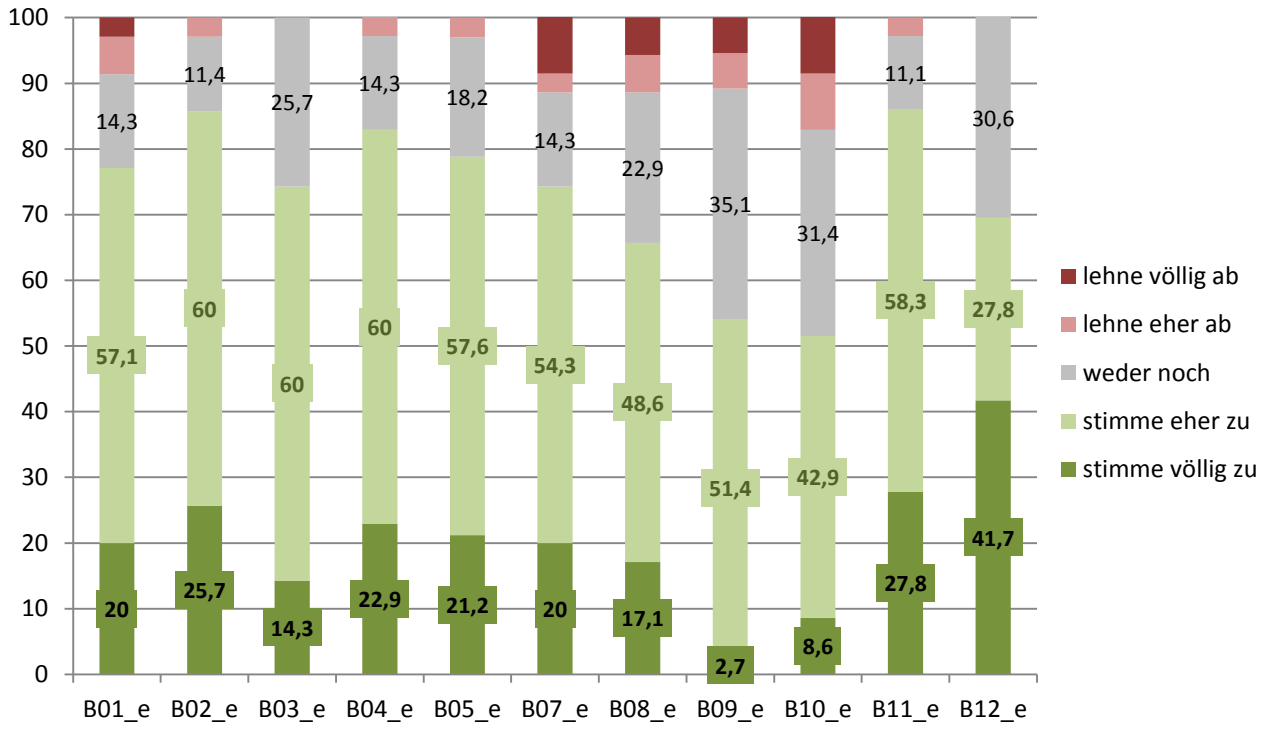
7.1.2 Ergebnisse: Einstellung gegenüber Forschungsanwendung

Aufgrund der unterschiedlichen Deutung der Mittelwerte wurden im ersten Schritt getrennt positive (B01_e bis B12_e, außer B06_e – **Grafik 2 und 3**) und negative Aussagen (B06_e und B13_e bis B16_e – **Grafik 4 und 5**) ausgewertet.

Eine Auswertung der **positiven Aussagen** bzw. der positiven Einstellungen zeigte auf, dass seitens Pflegepersonen großenteils der Aussagen häufig zugestimmt wurde. Bei allen Aussagen haben ca. 70% oder mehr DGKP zugestimmt, außer bei den Aussagen **B08_e Forschung ist spannend** (65,7%), **B09_e Forschung hat stimulierenden Effekt** (54,1%) und **B10_e Forschung ist verstehbar** (51,5%).

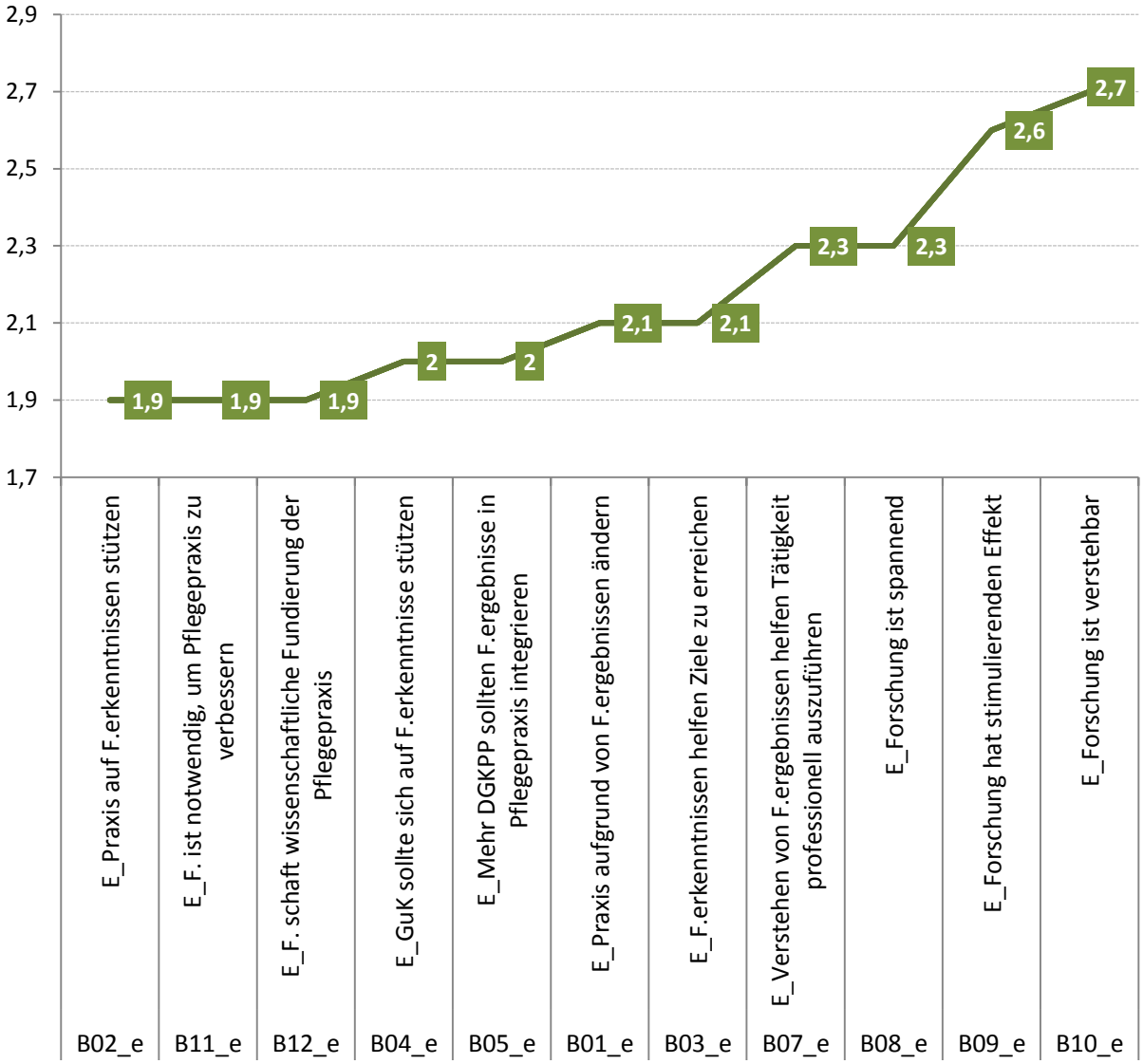
Am häufigsten zugestimmt wurden die Aussagen **B11_e Forschung ist notwendig, um Pflegepraxis zu verbessern** und **B02_e E_Praxis auf Forschungserkenntnissen stützen**, mit jeweils 86,1% und 85,7% Zustimmung von DGKP.

Grafik 2 – Positive Einstellungen von Pflegepersonen – Presurvey (Gültige %)



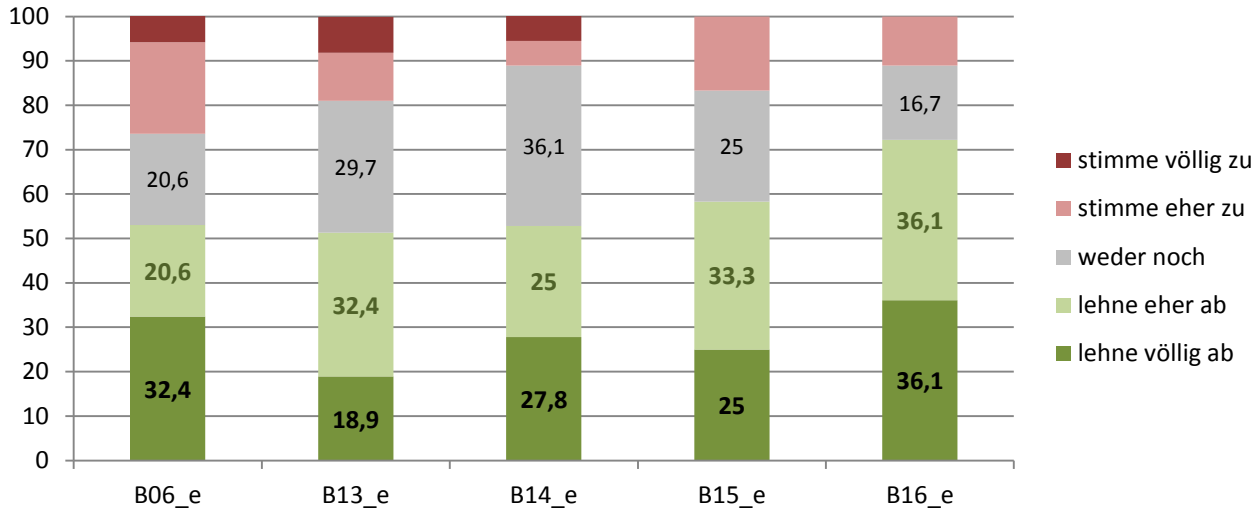
Was die Analyse des Mittelwertes betrifft waren die am schwächsten zugestimmten Aussagen **B09_e E_Forschung hat stimulierenden Effekt** und **B10_e E_Forschung ist verstehbar** mit einem Mittelwert von jeweils 2,6 und 2,7. Die stärksten zugestimmten Aussagen waren dagegen **B02_e E_Praxis auf Forschungserkenntnissen stützen**, **B11_e E_Forschung ist notwendig, um Pflegepraxis zu verbessern** und **B12_e E_Forschung schaft wissenschaftliche Fundierung der Pflegepraxis,** alle mit einem Mittelwertindex von 1,9.

Grafik 3 – Positive Einstellungen von Pflegepersonen – Presurvey (Mittelwert)



Bei der Auswertung von **negativen Aussagen** bzw. Einstellungen von Pflegepersonen zeigte sich, dass negative Aussagen von DGKP abgelehnt werden.

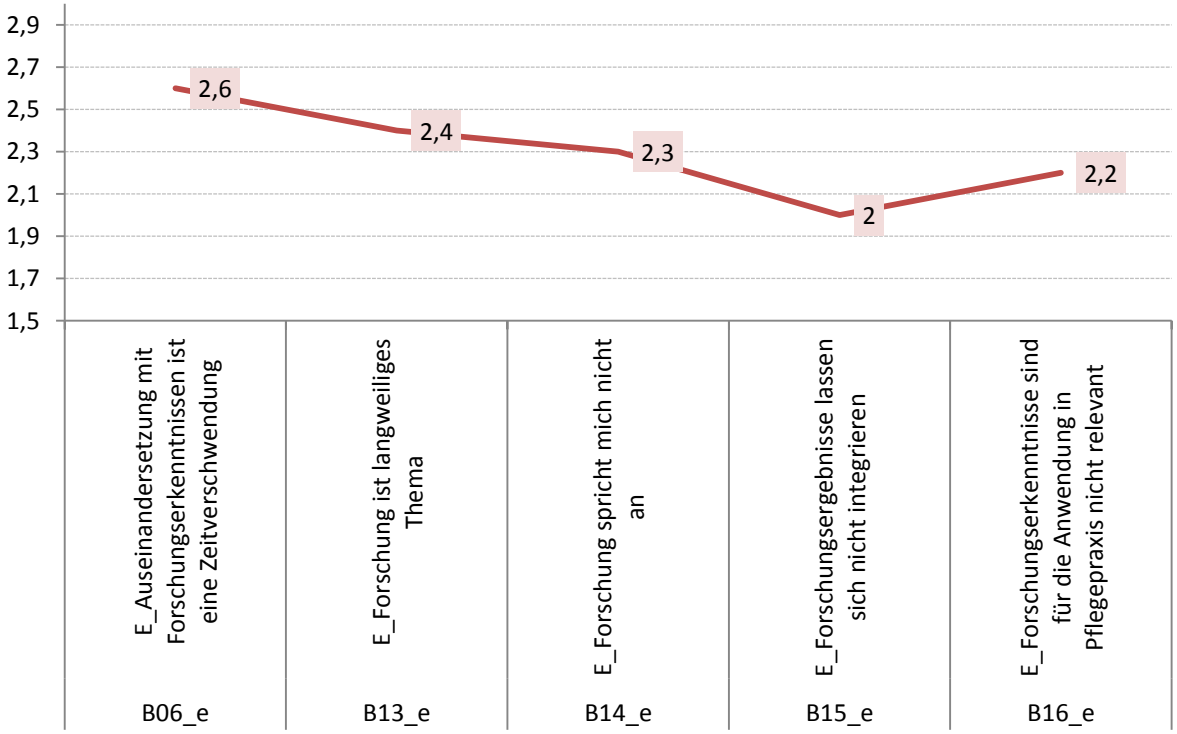
Grafik 4 – Negative Einstellungen von Pflegepersonen – Presurvey (Gültige %)



Bei allen Merkmalen haben mehr als 50% DGKP die Aussagen abgelehnt. Am stärksten abgelehnt wurde die Aussage **B16_e Forschungserkenntnisse sind für die Anwendung in der Praxis nicht relevant** (77,2% der Befragte). Die niedrigste und somit positivste bewertete Aussage war **B15_e E_Forschungsergebnisse lassen sich nicht integrieren** mit einem Mittelwert von 2. D.h. diese Aussage wurde von den befragten DGKP am meisten abgelehnt.

Im Gegenteil wurde die Aussage **B06_e Auseinandersetzung mit Forschungserkenntnisse ist eine Zeitverschwendung** mit 53% der gültigen Antworten und einen Mittelwert von 2,6 am meisten zugestimmt.

Grafik 5 – Negative Einstellungen von Pflegepersonen – Presurvey (Mittelwert)



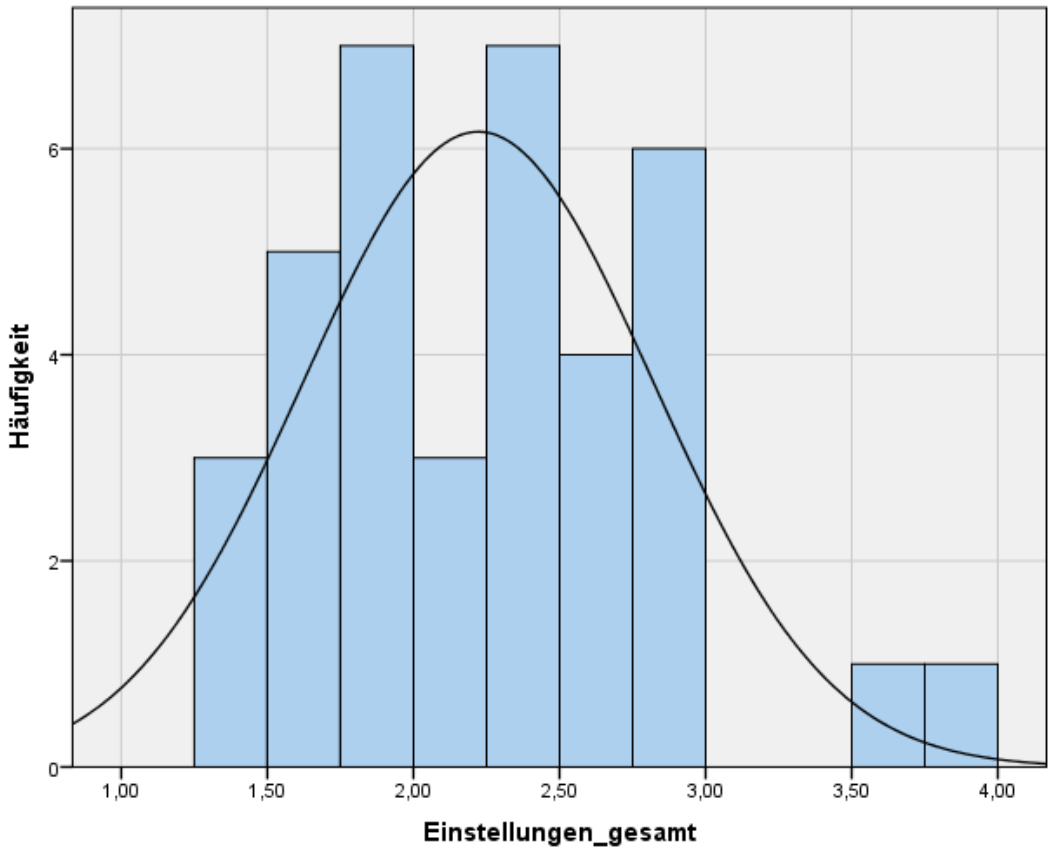
Wie im Auswertungsplan beschrieben (**6. Datenauswertung**) wurde der **Mittelwertindex Einstellungen_gesamt** nach Recodierung der Werte der negativen Aussagen gebaut. Die Ergebnisse der Indexzusammenstellung sind in **Grafik 6** dargestellt. Es wurden insgesamt 31 Fragebögen für den Aufbau des Mittelwertindexes miteinbezogen.

Aus der Auswertung kristallisierte sich heraus, dass DGKP eher positive Einstellungen gegenüber Forschungsanwendung haben: der **Mittelwert von 2,22** bestätigt diese Aussage.

Weiters zeigt die **Spannweite von 1,31 (Minimum) bis 3,88 (Maximum)** bei einer **Standardabweichung von 0,6** auf, dass DGKP allerdings Meinungsunterschiede aufweisen. Im Histogramm sind weiters zwei **Ausreißer** zu identifizieren (gesamte Einstellung gegenüber Forschungsanwedung zwischen 3,5 und 4), die den Mittelwert dementsprechend leicht ansteigen lassen. Es kann anhand der Auswertung festgestellt werden, dass lediglich 2 Personen vergleichsweise negative Einstellungen aufweisen.

Grafik 6 –Einstellungen von Pflegepersonen – Presurvey

Mittelwertindex: Deskriptive Statistik	N	Min	25 P	M	75 P	Max	SD
1 Einstellungen_gesamt	37	1,31	1,75	2,22	2,62	3,88	0,6



Die Analyse des Histogramms lässt auch initiale Rückschlüsse auf die Verteilung der abhängigen Variable Einstellung_gesamt (Mittelwertindex) schließen. In diesem Fall kann bestätigt werden, dass eine Normalverteilung nicht vorliegt bzw. dass das Merkmal Einstellungen_gesamt frei verteilt ist.

7.1.3 Gegenüberstellung von unabhängigen und abhängigen Variablen

In der Analyse der Einstellungen von Pflegepersonen hinsichtlich **Altersgruppe** ist zu erkennen, dass die Gesamteinstellungen durchschnittlich positiver sind, je jünger Pflegepersonen sind. Anzumerken ist allerdings, dass die Spannweite in der jüngeren Altersgruppe (9 Personen bis 32 Jahre alt) etwas höher ist (von 1,31 (Minimum) bis 3,88 (Maximum)) als in den restlichen Gruppen. In der ältesten Altersgruppe (11 Personen ab 47 Jahre alt) bestehen dagegen weniger Meinungsunterschiede (Spannweite von 1,56 (Minimum) bis 2,81 (Maximum)).

Grafik 7 –Einstellungen von Pflegepersonen nach Altersgruppen - Presurvey

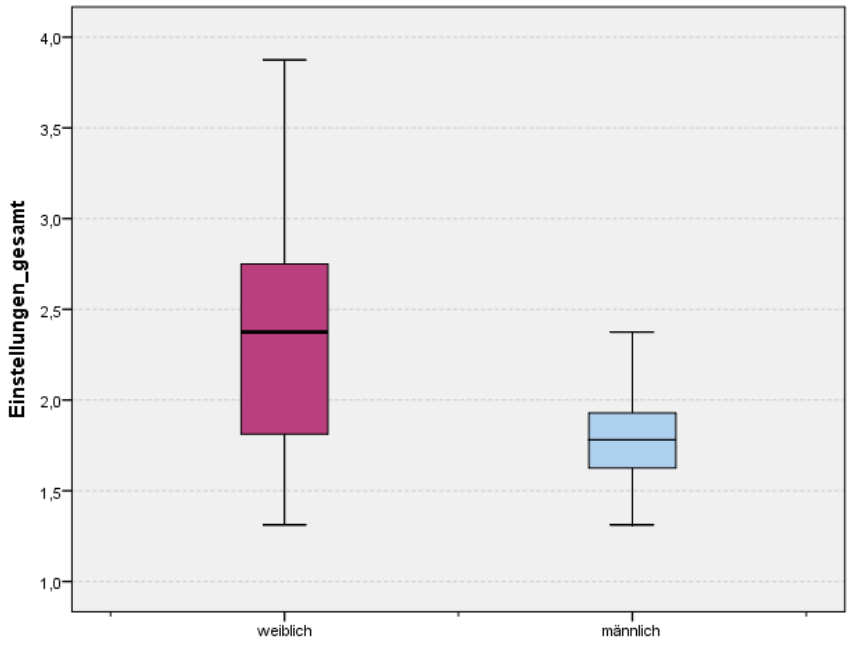
Presurvey - Einstellungen nach Altersgruppe	N	Min	25 P	M	75 P	Max
1 bis 32 Jahre alt	9	**1,31**	**1,47**	**1,93**	3,17	3,88
2 33 bis Jahre alt	12	1,33	1,7	2,16	2,63	2,94
3 ab 47 Jahre alt	11	1,56	1,81	2,38	**2,5**	**2,81**

Es sind keine deutliche Zusammenhänge zwischen Alter und Einstellungen gegenüber Forschungsanwendung zu erkennen.

Betreffend **Geschlecht** kann ebenso die Aussage getroffen werden, dass bei männlichen Teilnehmern (6 Personen) – im Vergleich zu weiblichen Teilnehmerinnen – p eher positivere Einstellungen gegenüber Forschungsanwendung herrschten (Mittelwert 1,8). Weiters ist bei einer Spannweite von 1,31 (Minimum) bis 2,38 (Maximum) ein relativ kleiner Meinungsunterschied zu beobachten.

Grafik 8 –Einstellungen von Pflegepersonen nach Geschlecht - Presurvey

Presurvey - Einstellungen nach Geschlecht	N	Min	25 P	M	75 P	Max
1 Weiblich	27	1,31	1,75	2,33	2,75	3,88
2 Männlich	6	1,31	**1,55**	**1,8**	**2,04**	**2,38**



Bei Frauen (27 Personen) ist der Mittelwert mit 2,33 etwas höher, d.h. die durchschnittliche Gesamteinstellung gegenüber Forschungsanwendung fällt nicht so positiv aus. Weiters ist bei einer Spannweite von 1.13 (Minimum) bis 3,88 (Maximum) ein größerer Meinungsunterschied zu erkennen. Diese Unterschiede spiegeln die viel größere Zusammensetzung der Stichproben wider.

Ein Zusammenhang zwischen Geschlecht und Einstellungen gegenüber Forschungsanwendung könnte bestehen. Eine Testung dieser Beziehung wird im nachstehenden Kapitel dargestellt.

Hinsichtlich Verteilung von Einstellungen_gesamt je nach **Berufserfahrung** gibt es in der deskriptiven Auswertung auch Gruppenunterschiede.

Grafik 9 –Einstellungen von Pflegepersonen nach Berufserfahrung - Presurvey

Presurvey - Einstellungen nach Berufserfahrung	N	Min	25 P	M	75 P	Max
1 bis 5 Jahre	9	**1,31**	**1,47**	2,16	2,66	3,88
2 zw. 6 und 15 Jahre	6	2,19	2,23	2,72	3,09	3,53
3 ab 16 Jahre	22	1,33	1,73	**2,11**	**2,45**	**2,94**

Neulinge im Pflegeberuf (9 Personen mit bis 5 Jahre Berufserfahrung) haben einen größeren Meinungsunterschied (Spannweite von 1,31 (Minimum) bis 3,88 (Maximum)) als erfahrenere KollegInnen, die zwischen 6 und 15 Jahre arbeiten (6 Personen mit einer Spannweite von 2,19 bis 3,53) und mehr als 15 Jahre arbeiten (22 Personen mit einer Spannweite von 1,33 bis 2,94), wobei alle Gruppen großteils eher positive Meinungen zur Forschungsanwendung aufweisen (**Grafik 9**). Es sind keine deutlichen Zusammenhänge zwischen Berufserfahrung und Einstellungen gegenüber Forschungsanwendung zu erkennen.

Aufgrund der geringen Anzahl von Antworten zu einigen Kategorien wurde das Merkmal **Berufliche Rolle** (siehe **Tabelle 7** – Berufliche Merkmale) mit Einstellungen_gesamt nicht gegenübergestellt.

Anhand der Erhebung des **Bildungsabschlusses** wurde eine neue Variable mit zwei Kategorien erstellt: akademisch und nicht akademisch ausgebildeten Pflegepersonen.

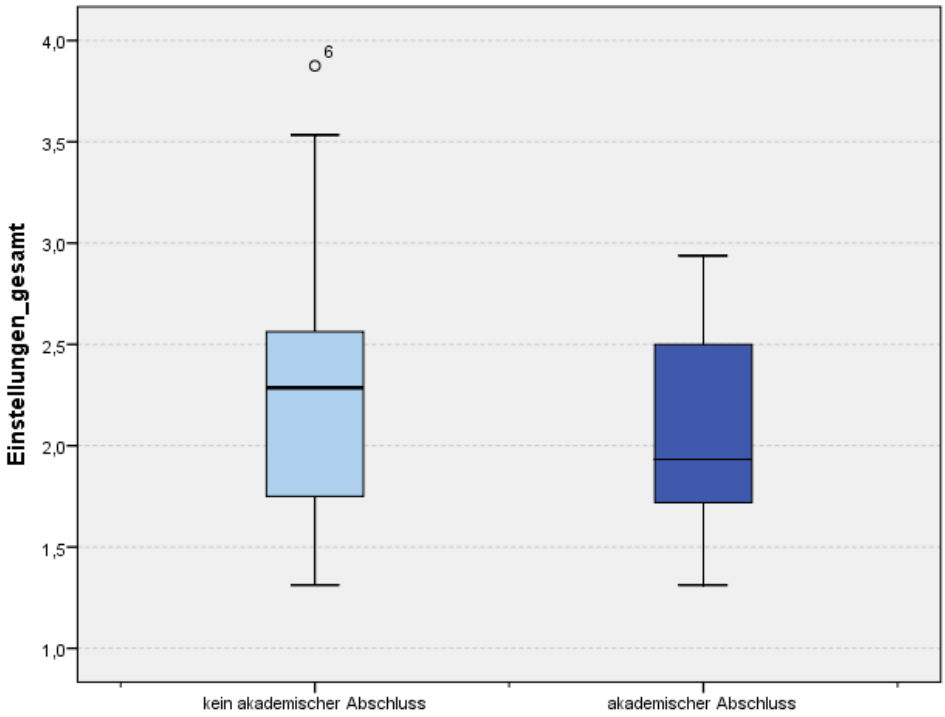
Grafik 10 –Einstellungen von Pflegepersonen nach Bildungsabschluss - Presurvey

Presurvey - Einstellungen nach Bildungsabschluss	N	Min	25 P	M	75 P	Max
1 kein akademischer Abschluss	27	1,31	1,75	2,26	2,63	3,88
2 akademischer Abschluss	8	1,31	**1,64**	**2,07**	**2,56**	**2,94**

Bei DGKP mit akademischem Abschluss sind die Einstellungen gegenüber Forschungsanwendung positiver (Mittelwert 2,07) als bei DGKP ohne akademischen Abschluss (Mittelwert 2,26).

Ein Zusammenhang zwischen Bildungsabschluss und Einstellungen gegenüber Forschungsanwendung könnte bestehen. Eine Testung dieser Beziehung wird im nachstehenden Kapitel dargestellt.

Grafik 11 – Einstellungen von Pflegepersonen nach Bildungsabschluss (Box Plot) - Presurvey



Bezüglich des Merkmals **Vorerkenntnisse in Pflegeforschung, EBN und Statistik** zeigt die deskriptive Auswertung, dass Pflegepersonen mit Vorkenntnissen in diesen Schwerpunkten eher positivere Einstellungen gegenüber Forschungsanwendung aufzeigen.

Grafik 12 –Einstellungen von Pflegepersonen nach Vorkenntnissen - Presurvey

Presurvey - Einstellungen nach Vorerkenntnisse		N	Min	25 P	M	75 P	Max
1	**Pflegeforschung – Ja**	17	**1,31**	**1,59**	**2,22**	2,72	**3,53**
2	**Pflegeforschung – Nein**	13	1,33	1,84	2,35	**2,69**	3,88
1	**EBN – Ja**	10	1,31	**1,61**	**2,15**	**2,53**	**2,94**
2	**EBN – Nein**	18	1,31	1,75	2,33	2,77	3,88
1	**Statistik – Ja**	4	1,31	**1,38**	**1,79**	**2,26**	**2,38**
2	**Statistik – Nein**	24	1,31	1,83	2,34	2,72	3,88

Die Mittelwerte 2,22, 2,15 und 1,79 betreffend der Ja-Antworten bei den Merkmalen Vorkenntnisse in Pflegeforschung, EBN und Statistik jeweils sind höher als die Mittelwerte 2,35, 2,33 und 2,34 betreffend die Nein-Antworten für die gleichen Merkmalen. Weiters ist aus der Datenanalyse ersichtlich, dass Personen mit Vorkenntnissen in Statistik deutlich positivere Einstellungen (1,79) als Personen ohne Vorkenntnisse in dieser Thematik haben. Aufgrund der sehr kleinen Stichprobe ist die Interpretation dieses Ergebnis allerdings eingeschränkt (**Statistik – Ja**: N=4).

Ein Zusammenhang zwischen Vorerkenntnisse und Einstellungen gegenüber zur Forschungsanwendung könnte bestehen. Eine Testung dieser Beziehung wird im nachstehenden Kapitel dargestellt.

7.2 Postsurvey

7.2.1 Stichprobenbeschreibung

Bei der zweiten Erhebung wurden ebenfalls 95 Fragebögen in den teilnehmenden Abteilungen ausgeteilt. An der Erhebung haben insgesamt 33 DGKP teilgenommen. Alle zurückgeschickten Fragebögen wurden für die zweite Auswertungsphase miteinbezogen. Das entspricht einer Rücklaufquote von ca. 35%.

Die Rücklaufquote ginge bei der 2. Erhebung auf allen Abteilungen zurück – außer auf der Gynäkologie, wo ein leichter Anstieg der TeilnehmerInnenanzahl beobachtet wurde. Einer der Gründe für diese leichte Veränderung könnte am Zeitpunkt bzw. Zeitraum der Erhebung liegen, da die zweite Erhebungsphase in der Haupturlaubszeit des Betriebes stattfand.

Abbildung 19 – Rücklaufquote der 2. Erhebung nach Fachabteilung

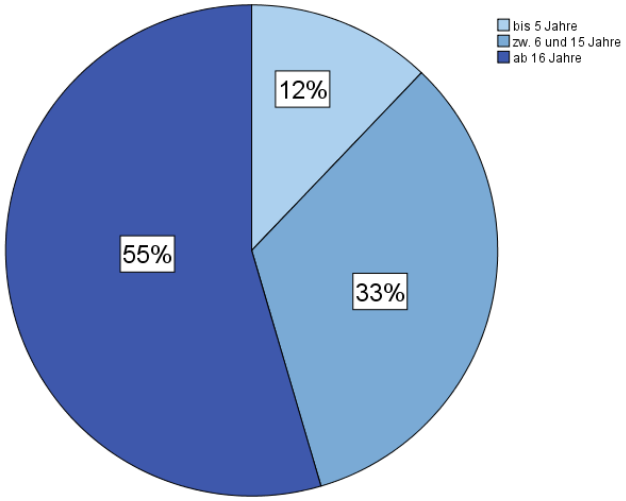
gesamt	Chirurgie (1+2)	Gynäkologie	Interne 1	Intensivstation
35%	**25%**	**28%**	**26%**	**33%**
33 DGKP *(aus 95 Personen)*	**8 DGKP** *(aus 32Personen)*	**7 DGKP** *(aus 25Personen)*	**6 DGKP** *(aus 23Personen)*	**5 DGKP** *(aus 15 Personen)*

Die zweite Stichprobe umfasste 29 Frauen (88%) und 4 Männer (12%). Hier ist der Anteil von Männern (ca. 12%) etwas niedriger als der durchschnittlicher Anteil von Männern in den Wiener Krankenhäuser (ca. 16% - BGF, 2016). Das durchschnittliche Alter dieser Gruppe beträgt 38 Jahre, bei einer Alterspanne von 22 bis 54 Jahren. Die Altersverteilung entspricht dem Ergebnis der ersten Erhebung.

Tabelle 9 – Soziodemografische Merkmale - Postsurvey

Alter	***N***	***Min.***	***25 P***	***Mittelwert***	***Median***	***75 P***	***Max.***
	31	**22**	28	**38**	38	44	**54**
				N	**%**	**Gültige %**	**Kum. %**
Geschlecht	*Gültig*		**Weiblich**	29	87,9	**87,9**	87,9
			Männlich	4	12,1	12,1	100
			Gesamt	33	100	100	
	Fehlend		keine Angabe				
			Gesamt	**33**	**100**		

Grafik 13 – Berufserfahrung in Jahren (klassiert) - Postsurvey



Die befragten TeilnehmerInnen waren durchschnittlich seit ca. 16 Jahren im Pflegeberuf tätig bei einer Berufserfahrungsspanne von 2 bis 38 Jahren. Bei der zweiten Erhebung hatten ca. 12% der Befragten **5 oder weniger Jahre** Berufserfahrung, ca. 33% **zwischen 6 und 15 Jahre** Berufserfahrung und ca. 55% **mehr als 15 Jahre** Berufserfahrung. Der Anteil der TeilnehmerInnen in den verschiedenen Gruppen hat sich von erster auf die zweite Erhebung etwas geändert: der Anteil von Pflegepersonen mit **5 oder weniger Jahre** Berufserfahrung hat sich halbiert (von ca. 24% auf ca. 12%) und der Anteil von Pflegepersonen % **zwischen 6 und 15 Jahre** Berufserfahrung hat sich von ca. 16% auf 33% verdoppelt.

Ca. 88% der TeilnehmerInnen arbeitete in der direkten Pflege (29 Personen) und die restlichen 12% arbeiteten in der Pflegeleitung (4 Personen). Bei der zweiten Erhebung konnten keine PraxisanleiterInnen rekrutiert werden.

Tabelle 10 – Berufliche Merkmale - Postsurvey

		N	*Min.*	*25 P*	*Mittelwert*	*Median*	*75 P*	*Max.*
Berufserfahrung		31	**2**	6	**16**	16	20	**38**
					N	**%**	**Gültige %**	**Kum. %**
Berufliche Rolle	*Gültig*		**DGKP_Station**		29	87,9	**87,9**	87,9
			Leitend		4	12,1	12,1	100
			Lehrend					
	Fehlend		keine Angabe					
			Gesamt		**33**	**100**		

Von diesen TeilnehmerInnen hatten 78% keine akademische Ausbildung (25 Personen), ca. 13% absolvierten einen Bachelorstudium (4 Personen) und 9% hatten einen Abschluss auf Masterebene (3 Personen). Der Anteil von akademisch ausgebildeten Personen (22%) liegt auch bei dieser Stichprobe etwas höher als der Anteil von Personen mit Hochschul- oder Akademieabschluss in der gesamten österreichischen Bevölkerung (16,7% - Statistik Austria, 2018) und entspricht dem Ergebnis des Presurveys.

Tabelle 11 – Bildungsmerkmale: Bildungsabschluss und Vorkenntnisse - Postsurvey

				N	%	Gültige %	Kum. %
Bildungsabschluss	Gültig		Diplom	25	75,8	**78,1**	78,1
			Baccalaureate	4	12,1	12,5	90,6
			Magister	3	9,1	9,4	100
			Master				
	Fehlend		keine Angabe	1	3		
			Gesamt	**33**	**100**		
Vorerkenntnisse	Pflegeforschung	Gültig	Ja	16	48,5	**51,6**	51,6
			Nein	15	45,5	48,4	100
			Gesamt	31	93,9	100	
		Fehlend	k. A	2	6,1		
	EBN	Gültig	Ja	7	21,2	**22,6**	22,6
			Nein	24	72,7	77,4	100
			Gesamt	31	93,9	100	
		Fehlend	k. A	2	6,1		
	Statistik	Gültig	Ja	6	18,2	**19,4**	19,4
			Nein	25	75,8	80,6	100
			Gesamt	31	93,9	100	
		Fehlend	k. A	2	6,1		
			Gesamt	**33**	**100**		

Ca. 52% der Befragten besaß bei der zweiten Erhebung Vorkenntnisse über Pflegeforschung. Allerdings nur ca. 22% bzw. ca. 19% gab an, vorherige Kenntnisse über jeweils ebP und Statistik zu haben. Diese Ergebnisse entsprechen ungefähr den Ergebnissen der ersten Befragung.

Aufgrund der unterschiedlichen Zusammensetzung der Gruppen bei der ersten und der zweiten Erhebung werden die statistischen Testverfahren hinsichtlich Einfluss von soziodemografischen, beruflichen und Bildungsmerkmalen mit allen StudienteilnehmerInnen durchgeführt.

7.2.2 Ergebnisse: Einstellung gegenüber Forschungsanwendung

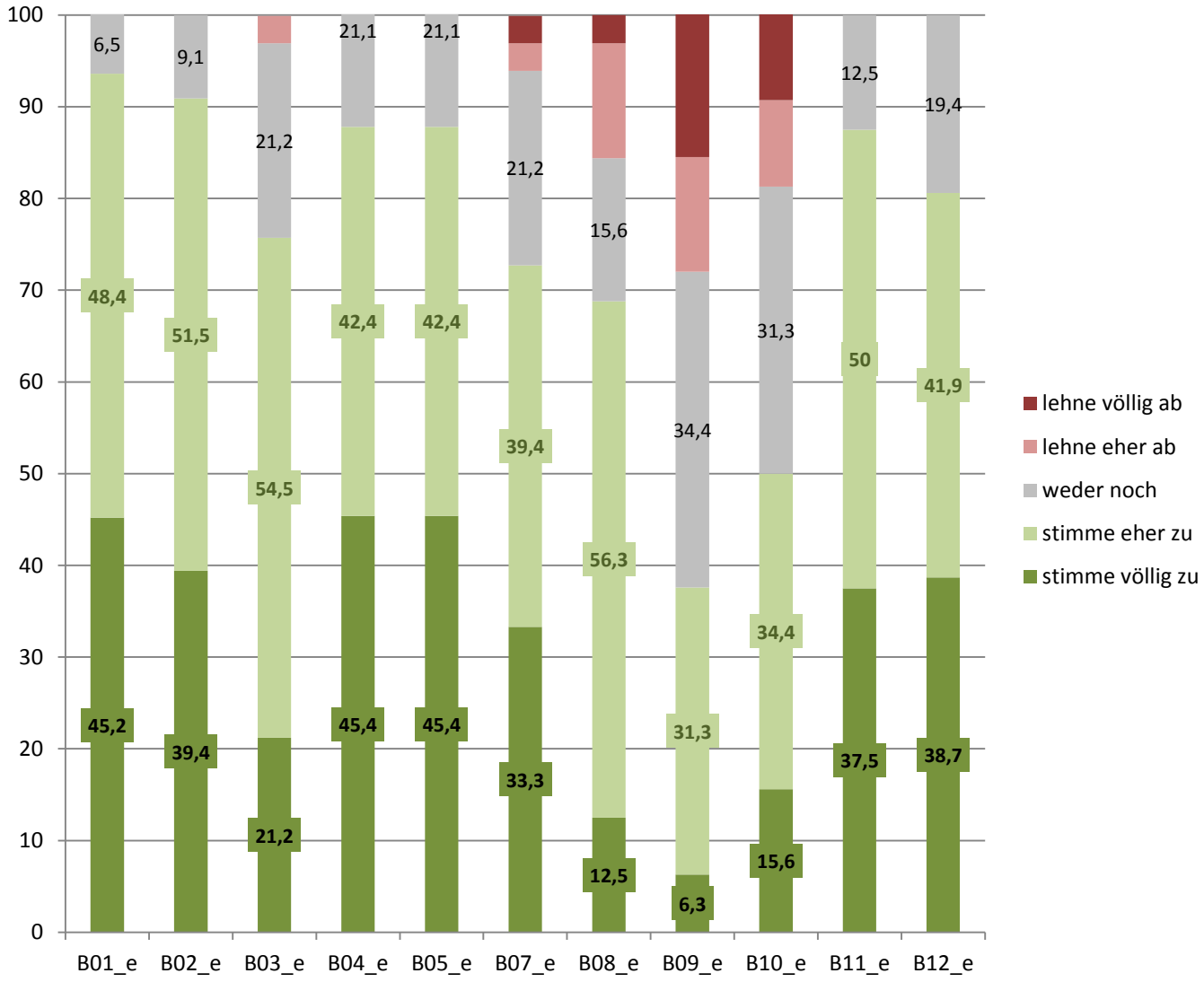
Wie im Presurvey werden im ersten Schritt die positiven (**Grafik 14 und 15**) und negativen Aussagen (**Grafik 16 und 17**) individuell und getrennt voneinander ausgewertet. Hier wird zusätzlich berichtet, ob sich eine Veränderung der Lagemaßen der jeweiligen Merkmale registrieren ließ. Eine Mittelwertveränderung größer als 0,2 wurde in der Analyse aufgezeigt. Nicht erwähnte Merkmale sind ungefähr gleichgeblieben (Mittelwertveränderung = oder < 0,2).

Eine Auswertung der **positiv formulierten Aussagen** zeigte auf, dass in der zweiten Befragung ebenso vom Großteil der DGKP positiven Aussagen zugestimmt wurde.

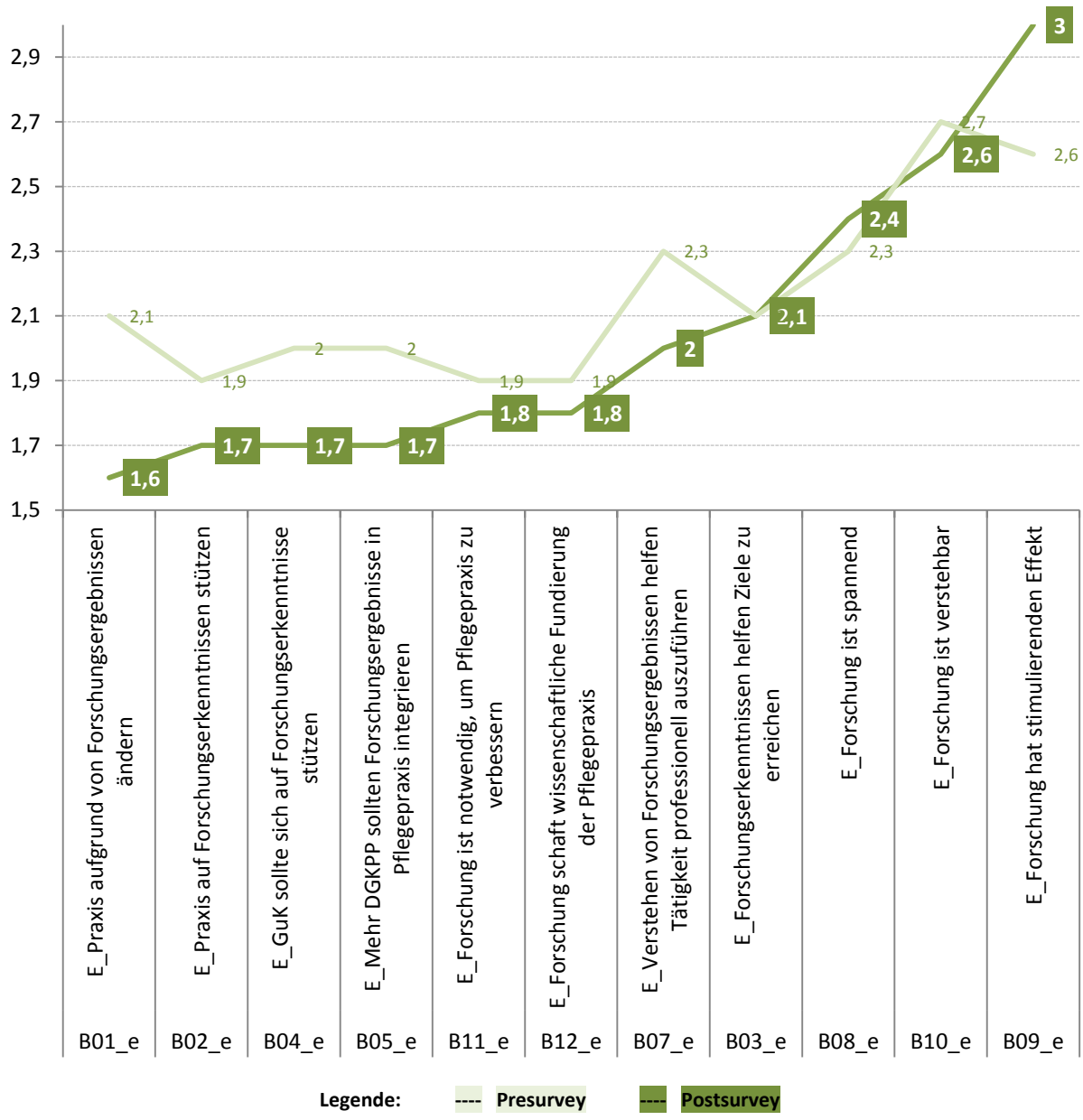
Bei allen Aussagen haben mindestens 70% DGKP zugestimmt, außer bei den gleichen Aussagen **B08_e Forschung ist spannend** (68,8%), **B09_e Forschung hat stimulierenden Effekt** (37,6%) und **B10_e Forschung ist verstehbar** (50%) wie in der ersten Befragung. Auch die Aussagen **B09_e E_Forschung hat stimulierenden Effekt** und **B10_e E_Forschung ist verstehbar** wurden mit einem Mittelwert von jeweils 3 und 2,6 ähnlich wie im Presurvey am wenigsten zugestimmt. ist. Die größte Veränderung registrierte das Merkmal **B09_e** mit einer Mittelwertveränderung von 2,7 auf 3.

Bei diesen nicht so positiv bewerteten Aussagen ist anzumerken, dass die Zustimmung nicht so hoch wie in der ersten Befragung ausgefallen ist – es gab also eine minimal negative Änderung. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass Aussagen, die Gefühle von Interesse gegenüber Forschung ausdrücken, von DGKP nicht so positiv bewertet werden.

Grafik 14 – Positive Einstellungen von Pflegepersonen – Postsurvey (Gültige %)



Grafik 15 – Positive Einstellungen von Pflegepersonen – Postsurvey (Mittelwerte)



Am häufigsten zugestimmt wurden die Aussagen **B01_e E_Praxis aufgrund von Forschungsergebnissen ändern** und **B02_e E_Praxis auf Forschungserkenntnissen stützen**, mit mehr als 90% Zustimmung von DGKP und Mittelwerte von jeweils 1,6 und 1,7. Diese wurden von den Aussagen **B04_e E_GuK sollte sich auf Forschungserkenntnisse stützen** (93,6% bzw. Mittelwert 1,7), **B05_e E_Mehr DGKP sollten Forschungsergebnisse in Pflegepraxis integrieren** (90,9% bzw. Mittelwert 1,7) **B11_e E_Forschung ist notwendig, um Pflegepraxis zu verbessern** (87,5% bzw. Mittelwert 1,8) gefolgt.

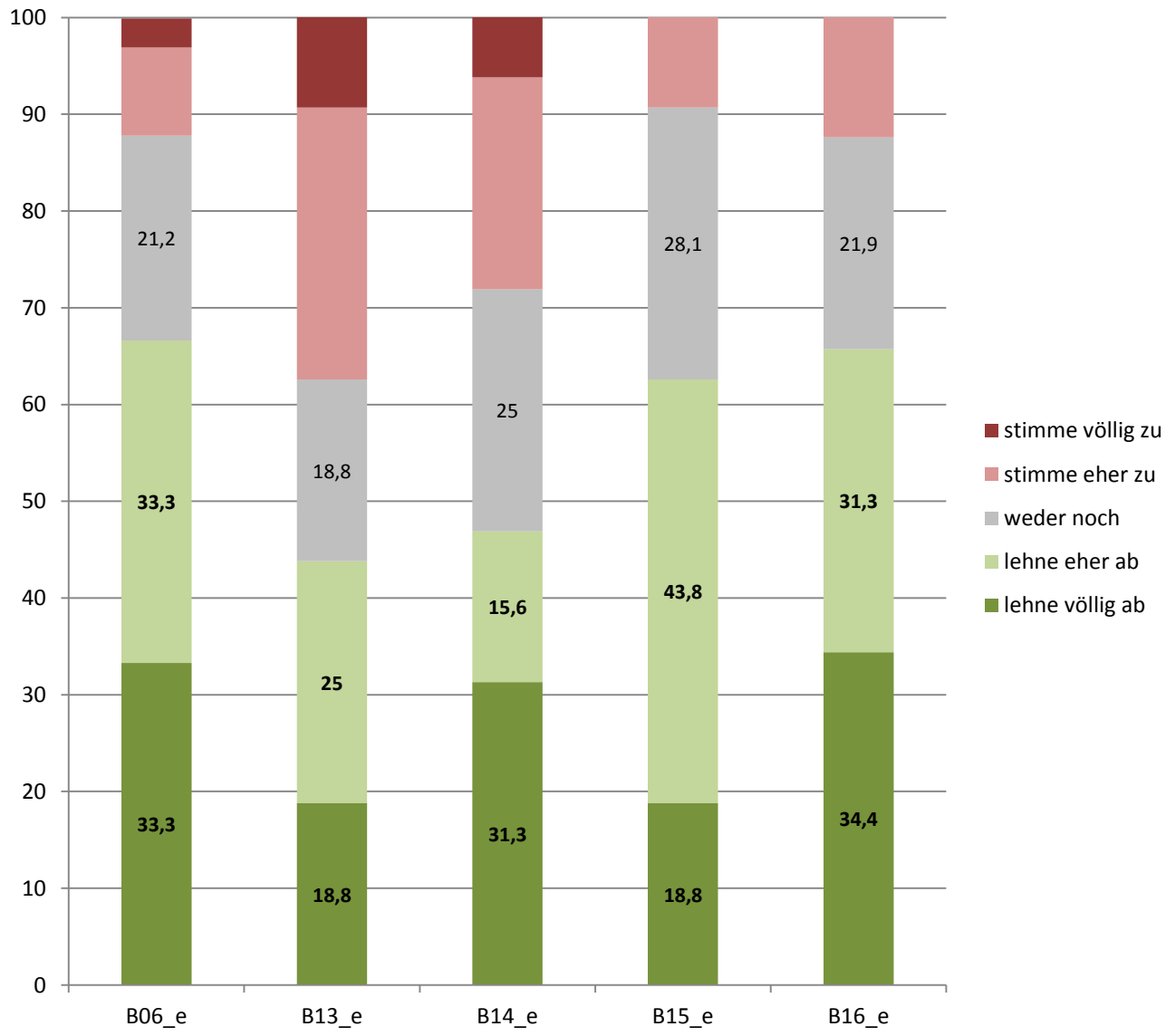
Ein Anstieg der Zustimmung ist bei der Aussage **B01_e** (Mittelwert von 2,1 auf 1,6 gesunken) deutlich zu beobachten. Andere Aussagen wie **B04_e**, **B05_e** und **B07_e** haben eine Mittelwertsenkung von 0,3 Punkten registriert. Der Mittelwert der Aussage **B02_e** ist um 0,2 Punkte gesunken.

Alle diese Aussagen (außer Aussage **B07**) beschäftigen sich mit der Grundeinstellung, dass Praxis auf Forschung basiert werden soll.

Bei der Analysen der Ablehnung der **negativen Aussagen** kann festgestellt werden, dass drei aus fünf negativen Aussagen schwächer als bei der ersten Befragung abgelehnt wurden – d.h. die Aussage wurde negativer bewertet und eine minimale negative Änderung wurde somit registriert.

Die Aussagen **B13_e E_Forschung ist langweiliges Thema** (43,8% bzw. Mittelwert von 2,4 auf 2,8 gestiegen), **B14_e E_Forschung spricht mich nicht an** (46,9% bzw. Mittelwert von 2,3 auf 2,6 gestiegen) und **B15_e E_Forschungsergebnisse lassen sich nicht integrieren** (62,6% bzw. Mittelwert von 2 auf 2,3 gestiegen) sind im Postsurvey schlechter ausgefallen.

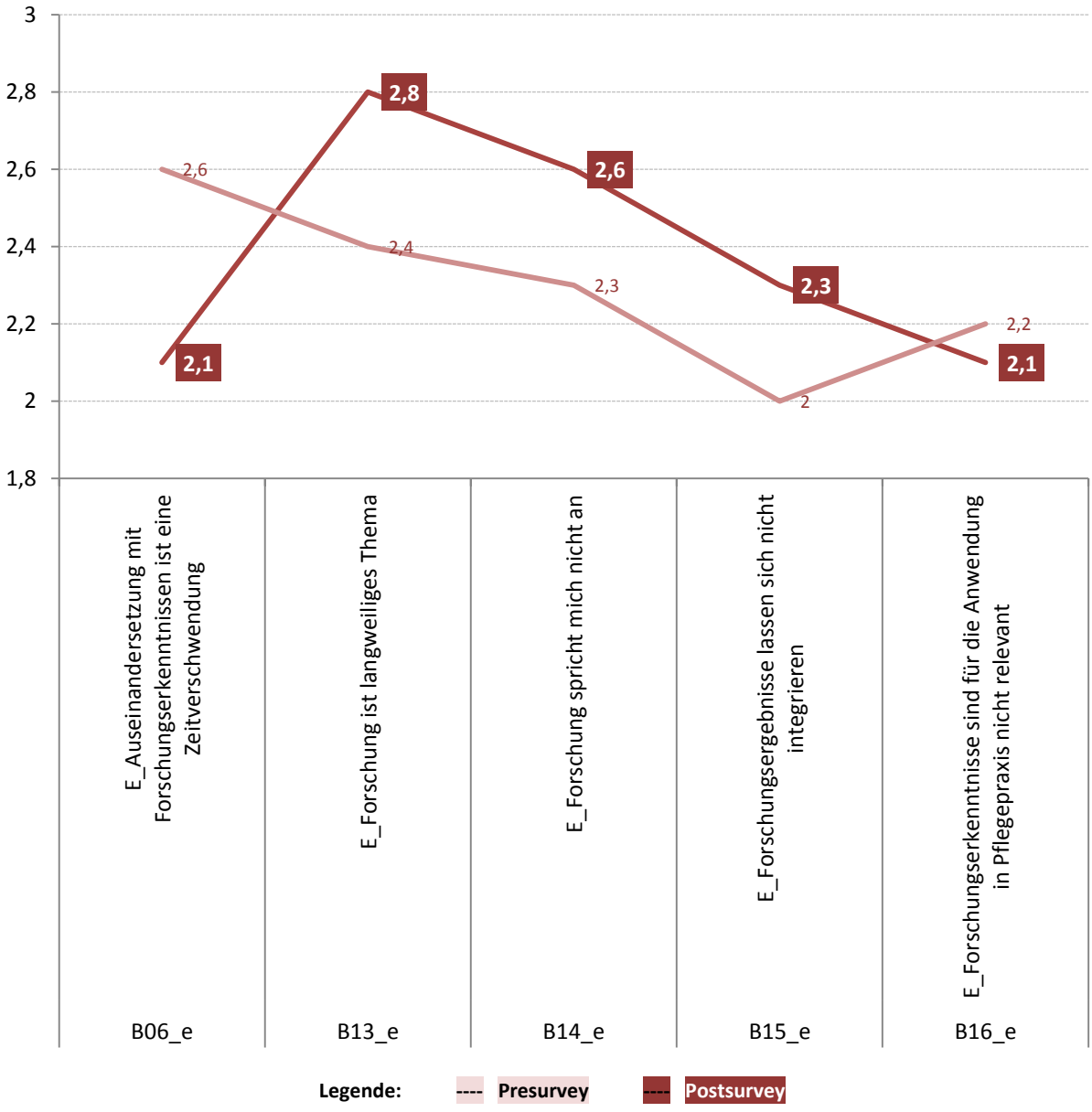
Grafik 16 – Negative Einstellungen von Pflegepersonen – Postsurvey (Gültige %)



Bei der Aussage **B06_e E_Auseinandersetzung mit Forschungserkenntnissen ist eine Zeitverschwendung** (66,6% bzw. Mittelwert von 2,6 auf 2,1 gesunken) wurde allerdings eine stärkere Ablehnung registriert.

Die negativsten Einstellung von Pflegepersonen bzw. die am schwächsten abgelehnte Einstellung war im Postsurvey, dass **B13_e E_Forschung ist langweiliges Thema** ist (mit nur 43,8% Ablehnung und einem Mittelwert von 2,8). Diese Aussage drückt nochmals das Interesse über Forschungsanwendung aus.

Grafik 17 – Negative Einstellungen von Pflegepersonen – Postsurvey (Mittelwerte)



Negativ formulierte Aussagen wurden in beiden Erhebungen etwas schlechter bewertet als positive Aussagen. Anders ausgedrückt haben Pflegepersonen negative Aussagen seltener abgelehnt (gesamter Mittelwert von 2,34), als positive Aussagen zugestimmt (gesamter Mittelwert von 2,1).

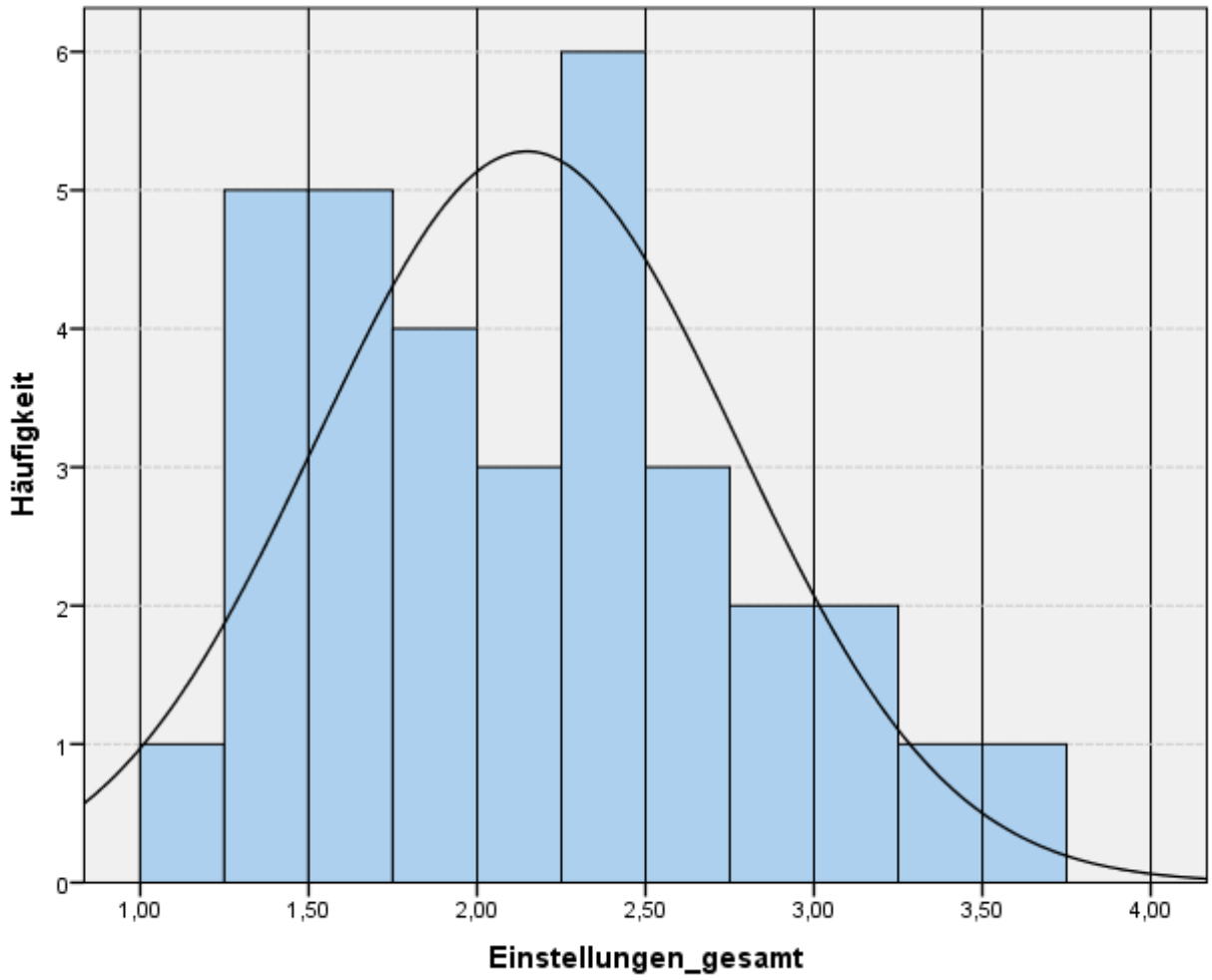
Folglich werden die Ergebnisse bezüglich Einstellungen von Pflegepersonen nach dem Schulungsprogramm anhand des **Mittelwertindexes Einstellungen_gesamt** ausgewertet.

Ähnlich wie in der ersten Erhebung kann festgestellt werden, dass DGKP eher positive Einstellungen gegenüber Forschungsanwendung aufzeigen. Der Mittelwert des Mittelwertindexes hat sich aber von

2,22 auf 2,15 nach dem Schulungsprogramm wenig geändert. Die **Spannweite von 1,13 (Minimum) bis 3,56 (Maximum)** zeigt bei einer gleichen **Standardabweichung von 0,6** aber auf, dass die Einstellungen von DGKP sich leicht gebessert haben. Im Histogramm sind weiters keine **Ausreißer** deutlich zu identifizieren.

Grafik 18 –Einstellungen von Pflegepersonen – Postsurvey

Mittelwertindex: Deskriptive Statistik	N	Min	25 P	M	75 P	Max	SD
1 **Einstellungen_gesamt**	33	**1,13**	**1,66**	2,15	**2,55**	**3,56**	0,6



Die Analyse des Histogramms (**Grafik 18**) zeigt eine nicht normalverteilte Stichprobe mit einer leichten Rechtsschiefe. Das ist im Vergleich zum Presurvey ein neues Ergebnis. Diese Grafik spricht also für eine eher positive Tendenz hinsichtlich Einstellungen von DGKP gegenüber Forschungsanwendung. Deutlich ist aber auch, dass die Häufigkeit der *unentschlossenen* Personen (18 Personen mit einem Mittelwertindex zwischen ca. 2 und 4) im Vergleich zur Anzahl der Personen mit positiven Einstellungen (15 Personen mit einem Mittelwertindex zw. ca. 1 und ca. 2) relativ hoch ist.

Anhand der Auswertung ist auch klar, dass eine Testung der einzelnen Einstellungen für die Beantwortung der Forschungsfrage vorteilhafter ist als die lediglich Auswertung des Mittelwertindexes, da bei diesem wenige Unterschiede zwischen erster und zweiter Befragung bzw. zwischen Pre- und Postsurvey zu erkennen sind.

7.2.3 Ergebnisse: Teilnahme am Schulungsprogramm

Aus 33 Fragebögen konnten zu dem Merkmal **Teilnahme am Schulungsprogramm** 27 ausgewertet werden.

Die Teilnahme am Schulungsprogramm war in einer anfänglichen Phase etwas gering. Das zeigt sich in der **Grafik 19**, wo an den ersten Maßnahmen **M1** und **M2** nur ca. 25% der Befragten teilgenommen haben. Auch bei der Maßnahme **M3** war eine geringe TeilnehmerInnenanzahl mit ca. 40% der Befragten vorhanden. Diese ersten Maßnahmen beschäftigten sich mit den Themen Projektvorstellung, Einführung in die Begrifflichkeit und Relevanz des Themas und theoretischer Input über Forschungsanwendung. Diese Themen hatten zum Alltag der MitarbeiterInnen wenig Bezug. Das kann ein möglicher Grund sein, warum bei den MitarbeiterInnen relativ niedriges Interesse über die aufgezählten Maßnahmen geweckt wurde.

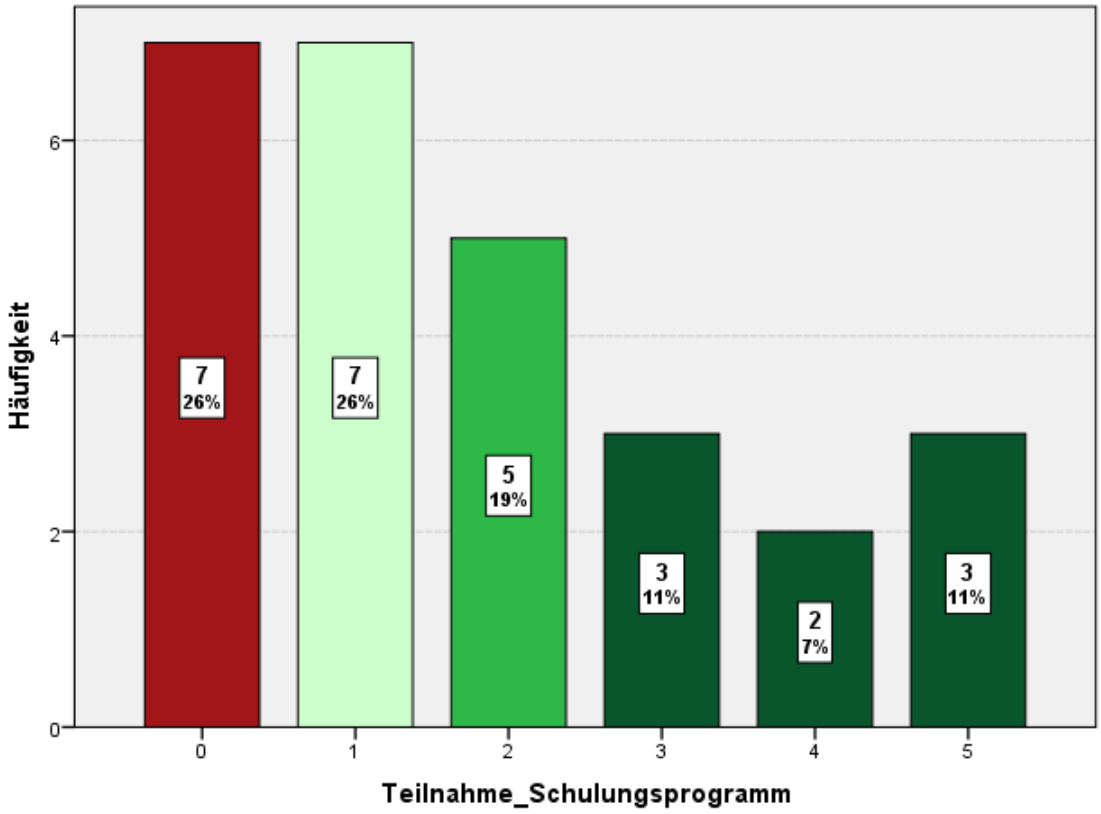
Im zweiten Teil des Schulungsprogramms ging es bei den Maßnahmen **M4** und **M5** darum, erste Ergebnisse, den evidenzbasierten Standard und die Arbeitsmaterialien vorzustellen und zu diskutieren und eine gemeinsame Fallbearbeitung zu dem Thema durchzuführen. Hier waren ExpertInnenmeinungen gefragt und genaue Fragestellungen aus der Praxis wurden diskutiert. Diese Themen hatten also zum Alltag der MitarbeiterInnen einen hohen Bezug. Bei diesen Maßnahmen war die Teilnahme der Befragten an den angebotenen Terminen mit jeweils 66% (21 Personen) und 53% (17 Personen) höher.

Grafik 19 – Teilnahme am Schulungsprogramm / TeilnehmerInnenanzahl pro Maßnahme (Anzahl u. Gültige %)

Postsurvey	nicht absolviert		Absolviert		GA
Teilnahme am Schulungsprogramm	N	%	N	%	
M1: Projektvorstellung: EBN Standard: worum geht es?	21	**75%**	7	**25%**	28
M2: Artikel EBN	23	**74%**	8	**26%**	31
M3: Poster EBN	20	**63%**	12	**38%**	32
M4: Präsentation der ersten Ergebnisse	11	**34%**	21	**66%**	32
M5: Fortbildung zu abgeschlossenem EBN Standard	15	**47%**	17	**53%**	32

Zu erwähnen ist, dass von den 27 TeilnehmerInnen 7 Personen bzw. ca. 26% der Befragten an dem Schulungsprogramm **nicht teilgenommen** haben. Ebenso 7 Personen (26%) haben **nur an einer** Schulungsmaßnahme teilgenommen und 5 Personen bzw. ca. 19% der Befragten haben **an lediglich 2** Schulungsmaßnahmen teilgenommen. Ca. ein Drittel der TeilnehmerInnen (29%) hat **an drei oder mehr** der angebotenen Schulungsmaßnahmen teilgenommen (siehe **Grafik 20**).

Grafik 20 – Teilnahme am Schulungsprogramm / Anzahl von Maßnahmen pro Teilnehmer (Anzahl u. Gültige %)

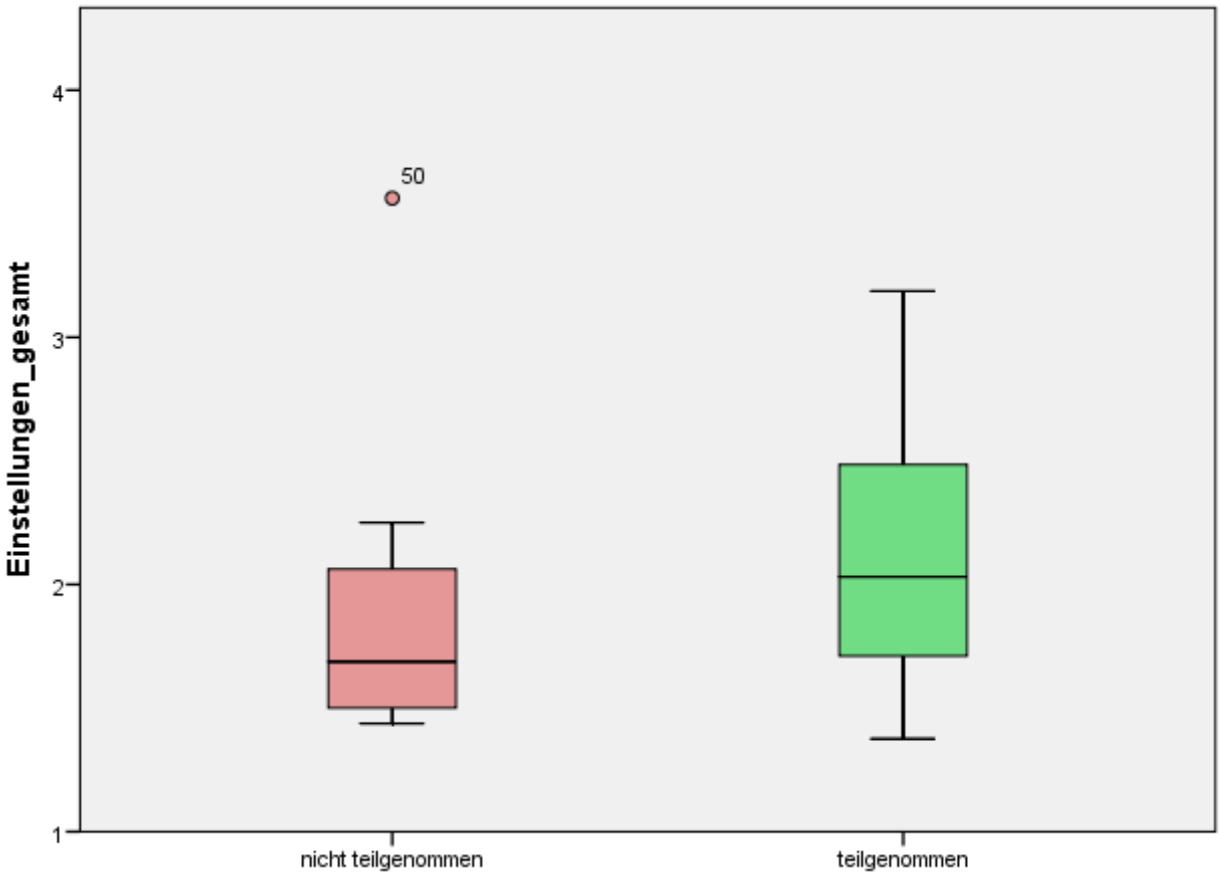


Ziel dieser Arbeit war ursprünglich zu verstehen, ob sich die Einstellungen gegenüber Forschungsanwendung durch die Teilnahme an einem Schulungsprogramm ändern können. Daher würden für die Ergebnisse, Gegenüberstellung von unabhängigen und abhängigen Variablen und für die Hypothesentestung nur jene Befragten miteinbezogen werden, die auch an der Erhebung teilgenommen haben. Aufgrund der geringen Stichprobe und der weiterführenden Maßnahmen (siehe **Abbildung 12 – Beschreibung von Schulungsmaßnahmen, deren Ziele und Schwerpunkte laut TPB**) werden allerdings alle TeilnehmerInnen für die weitere Auswertungen miteinbezogen.

Es wurden zwei Gruppen für das Merkmal *Teilnahme am Schulungsprogramm* abgebildet: teilgenommen und nicht teilgenommen. Anhand beider Gruppe wurde dann die Verteilung von Einstellungen_gesamt analysiert (**Grafik 21**).

Grafik 21 –Einstellungen von Pflegepersonen nach Teilnahme am Schulungsprogramm (Lagemäße/Box Plot)

Einstellungen nach Teilnahme am Schulungsprogramm		N	Min	25 P	M	75 P	Max
1	**nicht teilgenommen**	7	1,44	**1,44**	**1,97**	**2,25**	3,56
2	**teilgenommen**	20	1,38	1,70	2,14	2,50	3,19



Durch die Analyse des Box Plots erscheint kein deutlicher direkter Zusammenhang zwischen Teilnahme am Schulungsprogramm und positiveren Gesamteinstellungen von Pflegepersonen gegenüber Forschungsanwendung zu bestehen.

Der Mittelwert des Mittelwertindexes ist sogar bei der Gruppe der am Schulungsprogramm nicht teilnehmenden Personen etwas höher mit 1,97, als der Mittelwert der teilnehmenden Gruppe mit 2,14. Bei der teilnehmenden Gruppe ist die Spannweite der Daten, zwischen den Mittelwerten 1,38 und 3,19, ein weiterer Hinweis für eine fehlende Korrelation beider Merkmale.

7.2.4 Gegenüberstellung von unabhängigen und abhängigen Variablen

Wie im Presurvey wird folglich eine Gegenüberstellung von unabhängigen und abhängigen Variablen mithilfe des Mittelwertindexes Einstellungen_gesamt dargestellt.

Grafik 22 –Einstellungen von Pflegepersonen nach Altersgruppen - Postsurvey

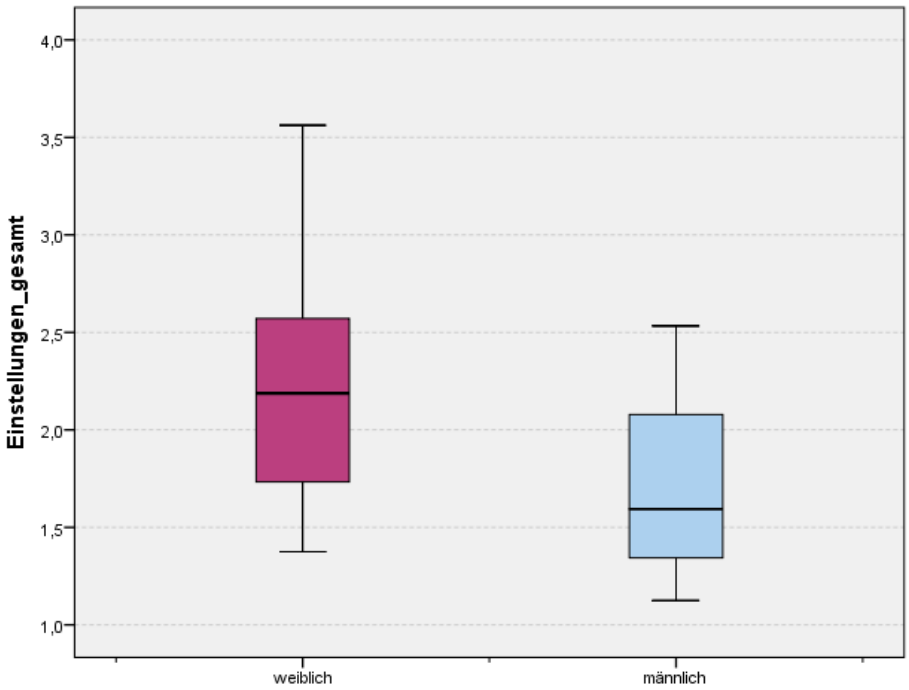
Postsurvey - Einstellungen nach Altersgruppe	N	Min	25 P	M	75 P	Max
1 bis 32 Jahre alt	11	**1,13**	1,63	2,3	3,13	3,25
2 33 bis 46 Jahre alt	14	**1,38**	**1,44**	**2,05**	**2,41**	3,56
3 ab 47 Jahre alt	2	1,88	1,88	**2,06**	.	**2,25**

Zum Merkmal Einstellungen_gesamt nach **Altersgruppen** sind beim Postsurvey nur minimale Gruppenunterschiede erkennbar (**Grafik 22**). Die Gruppe von 33 bis 46 Jahre alt und ab 47 Jahre alt hat etwa positivere Einstellungen gegenüber Forschungsanwendung (Mittelwert von 2,05 und 2,06) als die Gruppe bis 32 Jahre (Mittelwert von 2,3). Anzumerken ist allerdings, dass die positivsten Bewertungen von Einstellungen gegenüber Forschungsanwendung in der Altersgruppe unter 33 Jahre alt vorkommen (Minimum des Mittelwertindexes von 1,13).

Im Vergleich zum ersten Survey gab es eine negative Mittelwertveränderung in der ersten Gruppe (von 1,93 auf 2,3). In den anderen beiden Gruppen 2 und 3 ist eine positive Mittelwertveränderung zu registrieren (von 2,16 auf 2,05 bzw. von 2,38 auf 2,05). Es sind aber keine deutliche Zusammenhänge zwischen Alter und Einstellungen gegenüber Forschungsanwendung zu erkennen.

Grafik 23 –Einstellungen von Pflegepersonen nach Geschlecht - Postsurvey

Postsurvey - Einstellungen nach Geschlecht	N	Min	25 P	M	75 P	Max
1 Weiblich	29	1,38	1,17	2,21	2,6	3,56
2 Männlich	4	**1,13**	**1,23**	**1,71**	**2,3**	**2,53**



Wie im Presurvey zeigt die Gegenüberstellung des Merkmales **Geschlecht** und Einstellungen_gesamt einen Gruppenunterschied und möglichen Zusammenhang: Männer (4 Personen mit einem Mittelwert von 1,71) zeigen tendenziell positiveren Einstellungen als Frauen (29 Personen mit einem Mittelwert von 2,21). Aufgrund der sehr kleinen Gruppengröße sind diese Ergebnisse aber kritisch zu hinterfragen. Die Testung **eines Zusammenhangs zwischen Geschlecht und Einstellungen gegenüber Forschungsanwendung wird zwecks Abklärung dargestellt.**

Grafik 24 –Einstellungen von Pflegepersonen nach Berufserfahrung - Postsurvey

Postsurvey - Einstellungen nach Berufserfahrung		N	Min	25 P	M	75 P	Max
1	**bis 5 Jahre**	4	1,69	1,72	2,32	3,07	3,25
2	**zw. 6 und 15 Jahre**	11	**1,13**	**1,44**	2,17	2,94	3,56
3	**ab 16 Jahre**	18	1,38	1,72	**2,09**	**2,47**	**3,13**

Hinsichtlich **Berufserfahrung** gibt es geringe Gruppenunterschiede. Neulinge im Pflegeberuf (4 Personen mit bis 5 Jahre Berufserfahrung) haben im Postsurvey nicht so positive Einstellungen (Mittelwert von 2,32) wie die anderen Gruppen (2,17 und 2,09 bei Personen mit zw. 6 und 15 Jahre und mit mehr als 15 Jahre Berufserfahrung). In der Gruppe 2 gab es eine positive Mittelwertveränderung im Vergleich zum ersten Survey (Mittelveränderung von 2,72 auf 2,17).
Hier gilt es aber auch, dass der Großteil der TeilnehmerInnen unabhängig von der Berufserfahrung eher positive Meinungen zur Forschungsanwendung aufweisen (**Grafik 24**). Es sind daher keine deutlichen Zusammenhänge zwischen Berufserfahrung und Einstellungen gegenüber Forschungsanwendung zu erkennen. **Eine Korrelation wird aber aufgrund der Ergebnisse der ersten Erhebung getestet.**

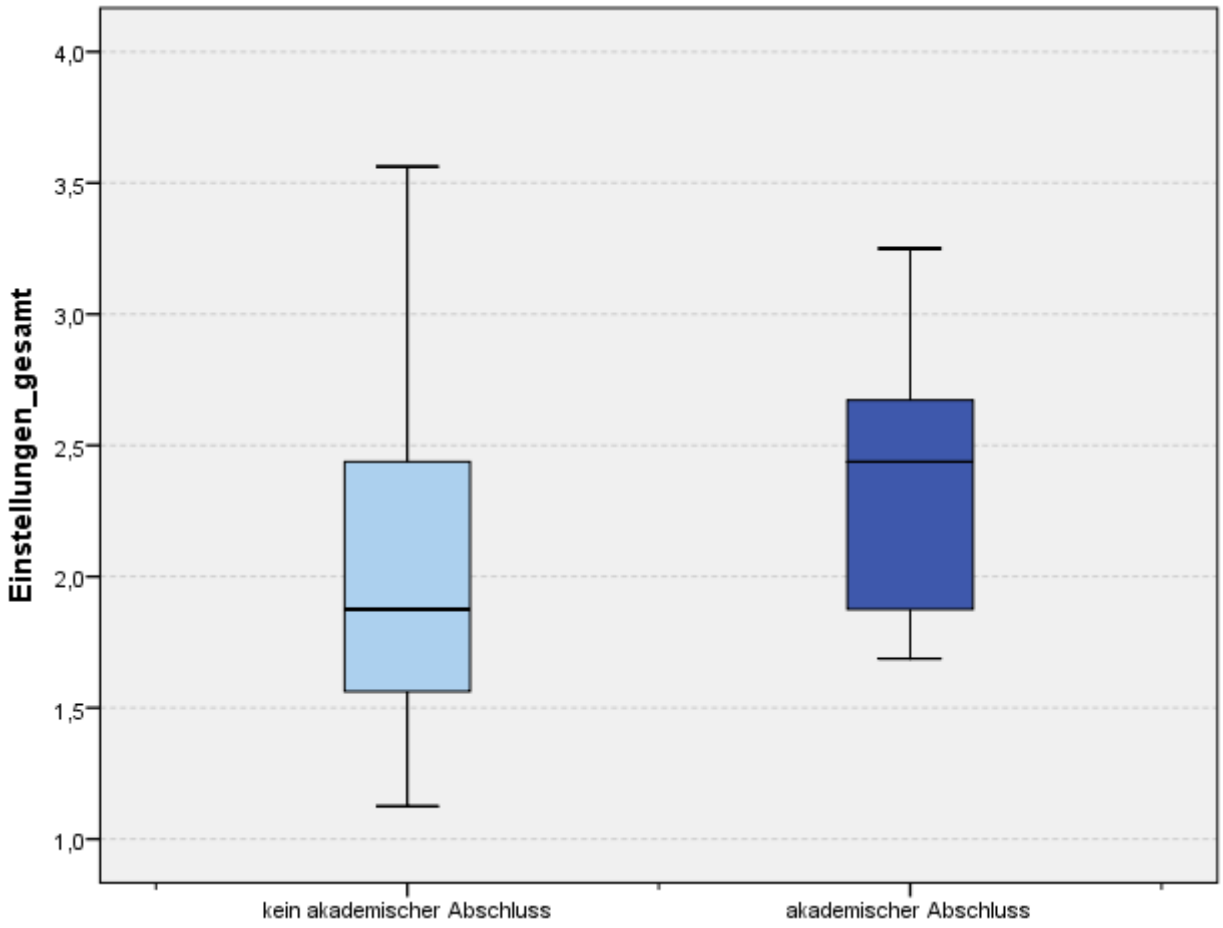
Aufgrund der geringen Anzahl von Antworten zu einigen Kategorien wurde das Merkmal **Berufsrolle** (siehe **Tabelle 10 – Berufliche Merkmale**) mit Einstellungen_gesamt nicht gegenübergestellt.

Im Gegensatz zum Presurvey sind die Einstellungen von DGKP **mit akademischem Abschluss** etwas negativer (Mittelwert 2,35) als DGKP **ohne akademischen Abschluss** (Mittelwert 2,09). Anzumerken ist, dass im Vergleich zur ersten Erhebung die Einstellungen von DGKP ohne akademischen Abschluss etwas positiver ausgefallen sind (Mittelveränderung von 2,26 auf 2,09) und die Einstellungen von DGKP mit akademischem Abschluss negativer als im Presurvey ausgefallen sind (Mittelveränderung von 2,07 auf 2,35). Die Testung **eines Zusammenhangs zwischen Bildungsabschluss und Einstellungen gegenüber Forschungsanwendung wird im nachstehenden Kapitel dargestellt.**

Grafik 25 –Einstellungen von Pflegepersonen nach Bildungsabschluss - Postsurvey

Postsurvey - Einstellungen / Bildungsabschluss		N	Min	25 P	M	75 P	Max
1	**kein akademischer Abschluss**	25	**1,13**	**1,5**	**2,09**	**2,50**	3,56
2	**akademischer Abschluss**	7	1,69	1,69	2,35	2,81	**3,25**

Grafik 26 –Einstellungen von Pflegepersonen nach Bildungsabschluss – Postsurvey (Box Plot)



Bezüglich des Merkmals **Vorkenntnisse in Pflegeforschung, EBN und Statistik** zeigt die deskriptive Auswertung des Postsurveys keine einheitliche Gruppenunterschiede.

Grafik 27 –Einstellungen von Pflegepersonen nach Vorkenntnissen - Postsurvey

Postsurvey - Einstellungen nach Vorkenntnisse		N	Min	25 P	M	75 P	Max
1	**Pflegeforschung – Ja**	16	**1,13**	1,64	2,31	3,08	3,56
2	**Pflegeforschung – Nein**	15	1,38	**1,44**	**1,99**	**2,40**	**2,81**
1	**EBN – Ja**	7	**1,13**	**1,44**	**1,79**	**2,25**	**2,53**
2	**EBN – Nein**	24	1,38	1,65	2,25	2,77	3,56
1	**Statistik – Ja**	6	1,44	1,63	**2,13**	**2,56**	**2,63**
2	**Statistik – Nein**	25	**1,13**	**1,59**	2,15	2,69	3,56

Pflegepersonen mit keinen Vorkenntnissen im Bereich **Pflegeforschung** zeigen positivere Einstellungen auf (Mittelwert 1,99) als Pflegepersonen mit Pflegeforschungskenntnissen (Mittelwert 2,31). Bei der ersten Gruppe ist der Mittelwert des Mittelwertindexes sogar bei der zweiten Erhebung angestiegen

(von 2,35 auf 1,99). Der Mittelwert des Mittelwertindexes ist in der zweiten Gruppe ungefähr gleichgeblieben (von 2,22 auf 2,31 minimal gestiegen).

Pflegepersonen mit Vorkenntnisse im **EBN** (Mittelwert 1,79) zeigen dagegen deutlich positivere Einstellungen als Pflegepersonen ohne Vorkenntnisse im EBN (Mittelwert 2,25). Die Einstellungen in dieser Gruppe (**1 EBN - Ja**) sind sogar im Vergleich zur ersten Erhebung von einem Mittelwert von 2,15 auf 1,79 gestiegen.

Die Gegenüberstellung von Vorkenntnissen in **Statistik** und Einstellungen von Pflegepersonen zeigt auf, dass trotz Gruppenunterschiede kein deutlicher Zusammenhang zu erkennen ist. Die Spannweite der Daten ist höher bei der **Gruppe 2 Statistik – Nein** als bei der **Gruppe 1 Statistik – Ja**, allerdings bei ähnlichen Mittelwerten. Anzumerken ist, dass der Mittelwert des Mittelwertindexes Einstellungen_gesamt bei Personen der **Gruppe 1 Statistik – Ja** deutlich von 1,79 auf 2,13 angestiegen sind. D.h. in der zweiten Erhebung sind die Einstellungen von Pflegepersonen mit Vorkenntnisse in Statistik schlechter ausgefallen.

Ein Zusammenhang zwischen Vorkenntnisse in EBN bzw. Statistik und Einstellungen gegenüber Forschungsanwendung ist nicht klar und wird im nachstehenden Kapitel getestet.

7.3 Gegenüberstellung der Ergebnisse der Pre- und Postsurvey

Um die Vorstellung der deskriptiven Ergebnisse abzuschließen, werden die Ergebnisse des Pre- und Postsurveys hinsichtlich Einstellungen von Pflegepersonen gegenübergestellt und verglichen. Alle in den Bildern mit rot markierten Feldern haben sich in der zweiten Erhebung negativ geändert, all mit grün markierten Feldern, positiv. Eine Mittelwertveränderung von 0,2 oder größer als 0,2 wurde in der Analyse aufgezeigt. Nicht markierte Merkmale sind ungefähr gleichgeblieben.

7.3.1 Änderung der positiven Einstellungen zur Forschungsanwendung

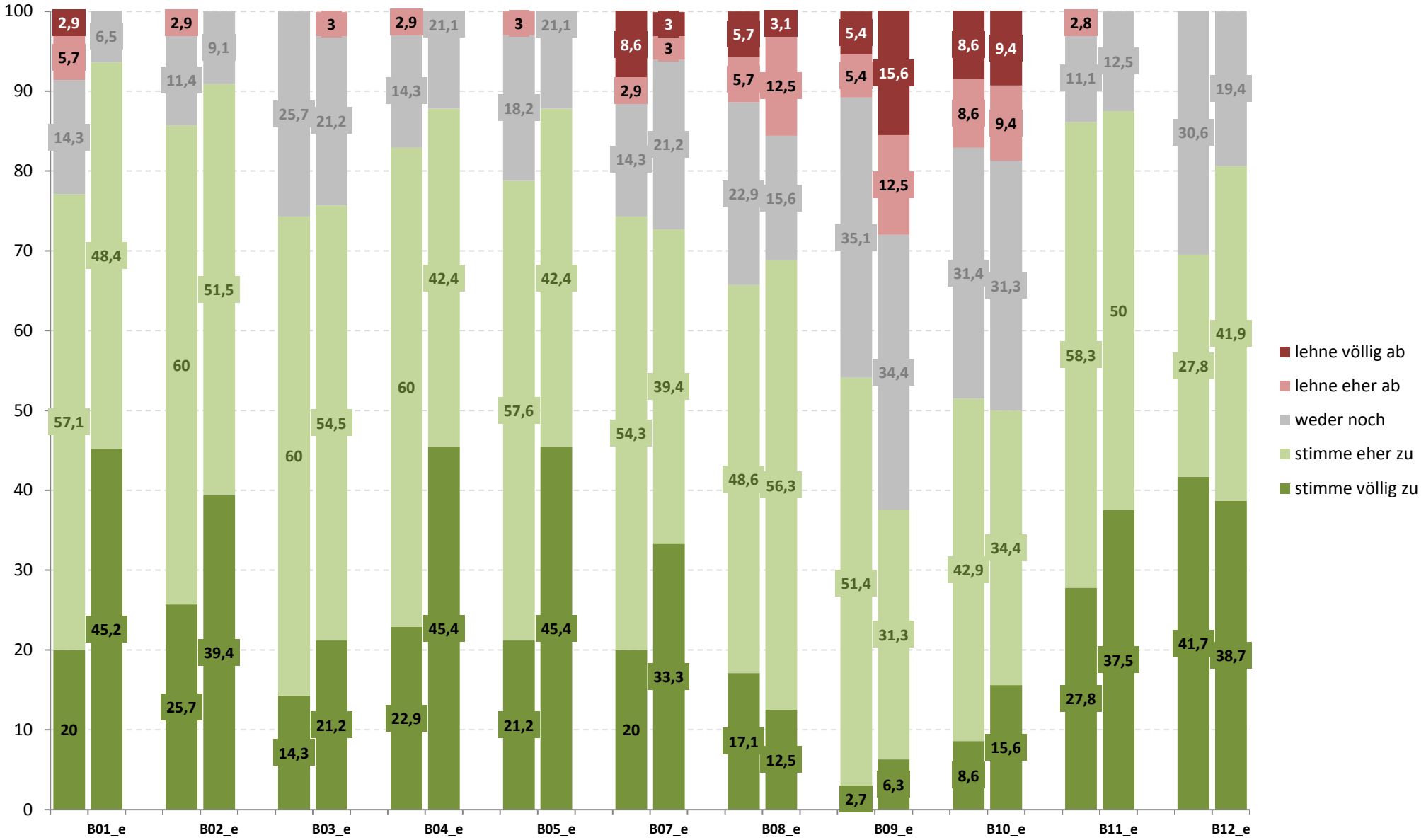
Die positiven Einstellungen von Pflegepersonen haben sich vom Presurvey auf Postsurvey generell kaum geändert (Mittelwertveränderung von ca. 0,3). Ein Anstieg der Zustimmung war bei den Aussagen **B01_e Praxis aufgrund Forschungsergebnisse zu ändern** (Mittelwertveränderung von ca. 0,5), **B02_e Praxis auf Forschungsergebnisse stützen** (Mittelwertveränderung von ca. 0,2)**, B04_e GuK sollte sich auf Forschungsergebnisse stützen** (Mittelwertveränderung von ca. 0,3), **B05_e Mehr DGKP sollten Forschungsergebnisse in die Pflegepraxis integrieren** (Mittelwertveränderung von ca. 0,4) und **B07_e Verstehen von Forschungsergebnissen helfen Tätigkeit professionell auszuführen** (Mittelwertveränderung von ca. 0,2) zu beobachten. Diese Aussagen befassen sich mit der allgemeinen Einstellung, dass die Pflegepraxis durch Forschungsergebnisse fundiert bzw. weiterentwickelt werden soll.

Dieser positiven Aussage **B09_e Forschung hat stimulierenden Effekt** (Mittelwertveränderung von ca. -0,4) wurde allerdings in der zweiten Befragung deutlich schwächer zugestimmt.

Tabelle 12 – Änderung der positiven Einstellungen zur Forschungsanwendung (Mittelwertvergleich)

Positive Einstellungen zur Forschungsanwendung		M		
		Presurvey	Postsurvey	Veränderung
B01_e	**E_Praxis aufgrund von Forschungsergebnissen ändern**	2,14	**1,61**	**0,53**
B05_e	E_Mehr DGKP sollten Forschungsergebnisse in Pflegepraxis integrieren	2,03	1,67	0,36
B04_e	E_GuK sollte sich auf Forschungserkenntnisse stützen	1,97	1,67	0,30
B07_e	E_Verstehen von Forschungsergebnissen helfen Tätigkeit professionell auszuführen	2,26	2,03	0,23
B02_e	E_Praxis auf Forschungserkenntnissen stützen	1,91	1,7	0,21
B11_e	E_Forschung ist notwendig, um Pflegepraxis zu verbessern	1,89	1,75	0,14
B12_e	E_Forschung schaft wissenschaftliche Fundierung der Pflegepraxis	1,89	1,81	0,08
B03_e	E_Forschungserkenntnissen helfen Ziele zu erreichen	2,11	2,06	0,05
B10_e	E_Forschung ist verstehbar	2,66	2,63	0,03
B08_e	E_Forschung ist spannend	2,34	2,38	-0,04
B09_e	**E_Forschung hat stimulierenden Effekt**	2,59	**3**	**-0,41**
	gesamt	2,16	2,03	0,13

Grafik 28 – Änderung der positiv formulierten Einstellungen zur Forschungsanwendung (Gültige %)



7.3.2 Änderung der negativen Einstellungen zur Forschungsanwendung

Die gesamten negativen Einstellungen von Pflegepersonen haben sich vom Presurvey auf Postsurvey nicht geändert (gesamte Mittelwertveränderung von ca. 0).

Ein Anstieg der Ablehnung wurde aber bei der Aussage **B06_e E_Auseinandersetzung mit Forschungserkenntnissen ist eine Zeitverschwendung** (Mittelwertveränderung von ca. 0,3) beobachtet. D.h. diese Aussage wurde in der zweiten Erhebung positiver bewertet.

Die Aussagen **B13_e E_Forschung ist langweiliges Thema** (Mittelwertveränderung von ca. 0,3) und **B14_e E_Forschung spricht mich nicht an** (Mittelwertveränderung von ca. 0,2) sind allerdings im Postsurvey schwächer abgelehnt bzw. häufiger zugestimmt. Diese Aussage spiegeln wertende Haltungen und das Interesse von Pflegepersonen über das Thema Forschungsanwendung wider.

Tabelle 13 – Änderung der negativen Einstellungen zur Forschungsanwendung (Mittelwertvergleich)

Negative Einstellungen zur Forschungsanwendung		M		
		Presurvey	Postsurvey	Veränderung
B06_e	**E_Auseinandersetzung mit Forschungserkenntnissen ist eine Zeitverschwendung**	2,47	**2,15**	**0,32**
B15_e	E_Forschungsergebnisse lassen sich nicht integrieren	2,33	2,28	0,05
B16_e	E_Forschungserkenntnisse sind für die Anwendung in Pflegepraxis nicht relevant	2,03	2,13	-0,10
B14_e	E_Forschung spricht mich nicht an	2,36	2,56	-0,20
B13_e	E_Forschung ist langweiliges Thema	2,57	2,84	-0,27
	gesamt	2,35	2,39	-0,04

7.3.3 Änderung des Mittelwertindexes Einstellungen_gesamt

Die Auswertung des Mittelwertindexes bestätigt die bereits beschriebenen Ergebnisse, dass durch das angewandte Schulungsprogramm wenige Änderungen in der gesamten Einstellung von Pflegepersonen gegenüber Forschungsanwendung erzielt wurden.

Wie in **Grafik 29** dargestellt hat sich der Mittelwert des Mittelwertindexes lediglich von 2,22 auf 2,15 geändert. Anzumerken ist, dass die Verteilung der Daten sich etwas geändert hat und im Postsurvey eine leichte Rechtsschiefe zu erkennen ist, was einer leichten Verbesserung der Einstellungen entspricht. Ob dieser leichte Anstieg statistisch signifikant ist, wird im nächsten Kapitel getestet.

Grafik 29 – Änderung des Mittelwertindexes Einstellungen_gesamt (Mittelwertvergleich)

	Mittelwertindex: Deskriptive Statistik	N	Min	25 P	M	75 P	Max	SD
vor	**Einstellungen_gesamt** *Presurvey*	37	1,31	1,75	2,22	2,62	3,88	0,6
nach	**Einstellungen_gesamt** *Postsurvey*	33	**1,13**	**1,66**	2,15	**2,55**	**3,56**	0,6

Grafik 30 – Änderung der negativ formulierten Einstellungen zur Forschungsanwendung (Gültige %)

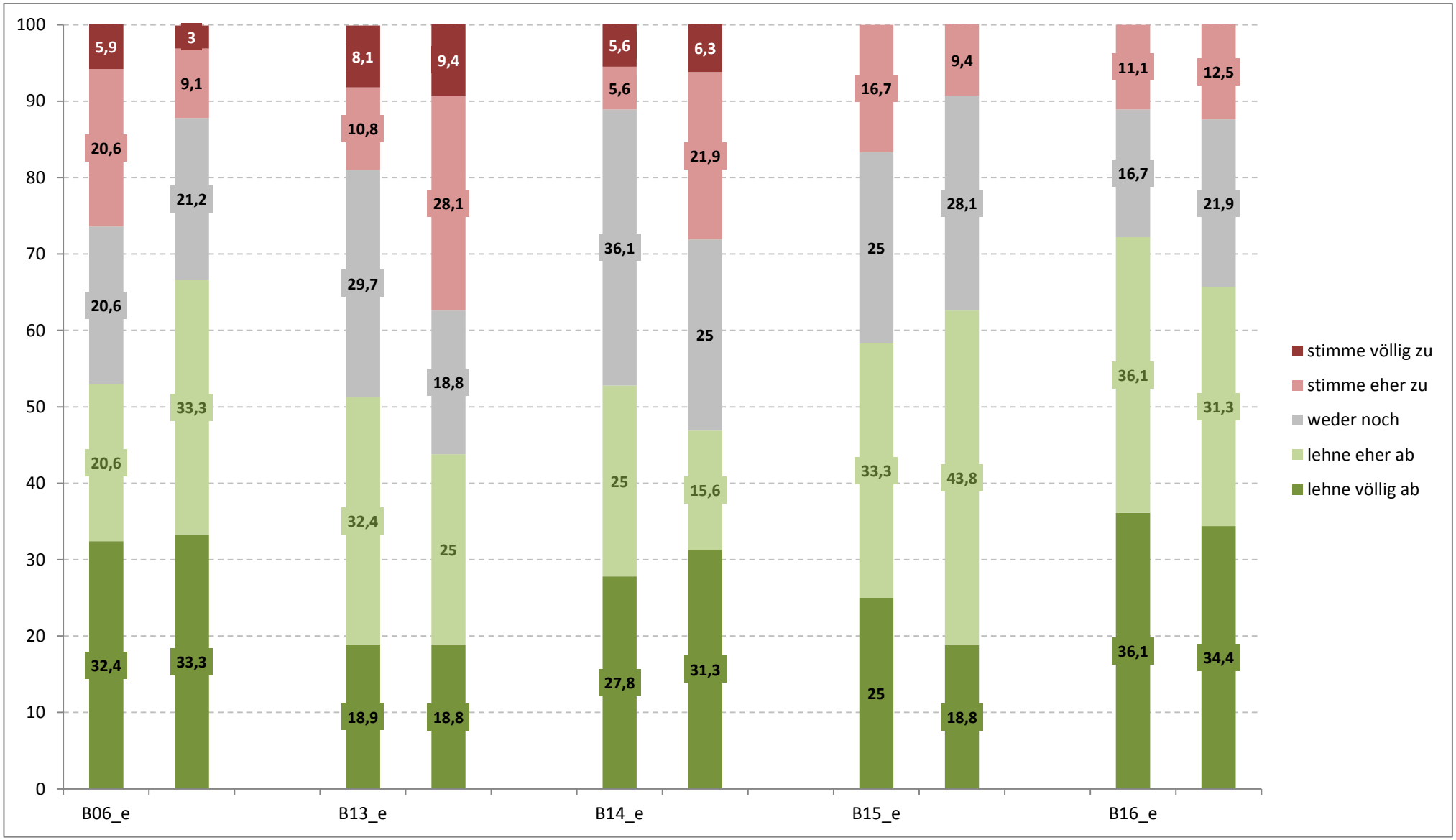


Tabelle 14 – Zusammenfassung der Ergebnisse vom Pre- und Postsurvey (Gültige %/Lagemäße)

Code SPSS	Einstellungen von Pflegepersonen zur Forschungsanwedung	N	Presurvey (N=37)								N	Postsurvey (N=33)							
			stimme völlig zu	stimme eher zu	weder noch	lehne eher ab	lehne völlig ab	Min.	M	Max.		stimme völlig zu	stimme eher zu	weder noch	lehne eher ab	lehne völlig ab	Min.	M	Max.
B01	Ich würde mein Vorgehen in der Praxis aufgrund von Forschungsergebnissen ändern.	35	20	57,1	14,3	5,7	2,9	1	2,14	5	31	45,2	48,4	6,5			1	1,61	3
B02	Ich möchte mein Vorgehen in der Praxis auf Forschungserkenntnissen stützen.	35	25,7	60	11,4	2,9		1	1,91	4	33	39,4	51,5	9,1			1	1,7	3
B03	Die Integration von Forschungserkenntnissen hilft mir, meine Ziele als Pflegeperson zu erreichen.	35	14,3	60	25,7			1	2,11	3	33	21,2	54,5	21,2	3		1	2,06	4
B04	Gesundheits- und Krankenpflege sollte sich auf Forschungserkenntnisse stützen.	35	22,9	60	14,3	2,9		1	1,97	4	33	45,4	42,4	21,1			1	1,67	3
B05	Mehr Pflegepersonen sollten Forschungsergebnisse in ihre Pflegepraxis integrieren.	33	21,2	57,6	18,2	3		1	2,03	4	33	45,4	42,4	21,1			1	1,67	3
B06	Die Auseinandersetzung mit Forschungserkenntnissen ist für mich eine Zeitverschwendung.	34	32,4	20,6	20,6	20,6	5,9	1	2,47	5	33	33,3	33,3	21,2	9,1	3	1	2,15	5
B07	Das Verstehen von Forschungsergebnissen hilft mir, meine Tätigkeit professionell auszuführen.	35	20	54,3	14,3	2,9	8,6	1	2,26	5	33	20	54,3	14,3	2,9	8,6	1	2,03	5
B08	Ich finde Forschung spannend.	35	17,1	48,6	22,9	5,7	5,7	1	2,34	5	32	17,1	48,6	22,9	5,7	5,7	1	2,38	5
B09	Forschung hat einen stimulierenden Effekt.	37	2,7	51,4	35,1	5,4	5,4	1	2,59	5	32	2,7	51,4	35,1	5,4	5,4	1	3	5
B10	Forschung ist verstehbar.	35	8,6	42,9	31,4	8,6	8,6	1	2,66	5	32	8,6	42,9	31,4	8,6	8,6	1	2,63	5
B11	Forschung ist notwendig, um die Pflegepraxis ständig zu verbessern.	36	27,8	58,3	11,1	2,8		1	1,89	4	32	27,8	58,3	11,1	2,8		1	1,75	3
B12	Mit Hilfe der Forschung wird eine wissenschaftliche Fundierung für die Pflegepraxis geschaffen.	36	41,7	27,8	30,6			1	1,89	3	31	41,7	27,8	30,6			1	1,81	3
B13	Forschung ist ein ödes, langweiliges Thema.	37	18,9	32,4	29,7	10,8	8,1	1	2,57	5	32	18,8	25	18,8	28,1	9,4	1	2,84	5
B14	Der Gedanke an Forschung spricht mich überhaupt nicht an.	36	27,8	25	36,1	5,6	5,6	1	2,36	5	32	31,3	15,6	25	21,9	6,3	1	2,56	5
B15	Forschungsergebnisse lassen sich in meine Tätigkeit nicht integrieren.	36	25	33,3	25	16,7		2	2,33	5	32	18,8	43,8	28,1	9,4		1	2,28	4
B16	Die Erkenntnisse aus der Forschung sind für die Anwendung in der Pflegepraxis nicht relevant.	36	36,1	36,1	16,7	11,1		2	2,03	5	32	34,4	31,3	21,9	12,5		1	2,13	4
Einstellungen gesamt		**33**						1,31	2,22	3,88	**37**						1,13	2,15	3,56
Einstellungen gesamt (exkl. fehlende Werte)		**29**						1,31	2,21	3,88	**32**						1,13	2,13	3,56

7.4 Abschließende Statistik

Im diesem Kapitel werden die durchgeführten statistischen Testverfahren vorgestellt und anhand deren Ergebnisse die Forschungsfragen beantwortet.

Für die Hypothesentestung mussten geeignete Testverfahren eingeleitet werden. Diese Testverfahren wurden anhand der Überprüfung der Eigenschaften der unabhängigen und abhängigen Merkmale selektiert. Die Überprüfung der verschiedenen Variablen und die Selektion der Testverfahren sind in der **Abbildung 21** abgebildet.

Abbildung 20 – Überprüfung der Voraussetzungen zu statistischen Testverfahren

	Testung der HF		Testung der UF 1, UF 2 und UF 3	
	Einzelne Einstellungen	Einstellungen _gesamt	Einzelne Einstellungen	Einstellungen_gesamt
aV	----	----	ordinal	metrisch
uV	ordinal (vor/nach)	metrisch (vor/nach)	nominal ordinal	nominal ordinal
N (Presurvey)	32 bis 37	31	32 bis 37	31
N (Postsurvey)	29 bis 33	33	29 bis 33	33
Verteilung	Verteilungsfrei		Verteilungsfrei	
Stichprobe	2 unabhängige Stichproben		Mehrere unabhängige Stichproben	
Fragestellung	Unterschied testen, Frage ungerichtet		Zusammenhang testen, Fragen ungerichtet	
Testverfahren	**Mann-Whitney-U-Test**		**Bivariate Rangkorrelation (Spearman)**	**Bivariate Korrelation nach Pearson**

7.5 Beantwortung der Forschungsfragen

In diesem Kapitel werden die durchgeführten statistischen Testverfahren vorgestellt. Für die verschiedenen Testverfahren wurde das Signifikanzniveau (α) auf 0,05 und das Konfidenzintervall auf 95% festgelegt. Diese Parameter werden für die Auswertung und Prüfung von Hypothesen in den Sozialwissenschaften empfohlen. Das Ergebnis zur Beantwortung der jeweiligen Forschungsfragen kann aus den nachstehenden Tabellen herausgelesen werden.

Zur Beantwortung der Forschungsfrage HF ***In welchem Maß verändern sich die Einstellungen von Pflegepersonen gegenüber Forschungsanwendung auf einem akut onkologischen Setting, bevor und nach einem Schulungs-programm über evidenzbasierte Pflege?*** wurde im SPSS den Mann-Whitney-U-Tests durchgeführt.

Grafik 31 – Vergleich der Verteilung von Einstellungen_gesamt (vor und nach Schulungsprogramm)

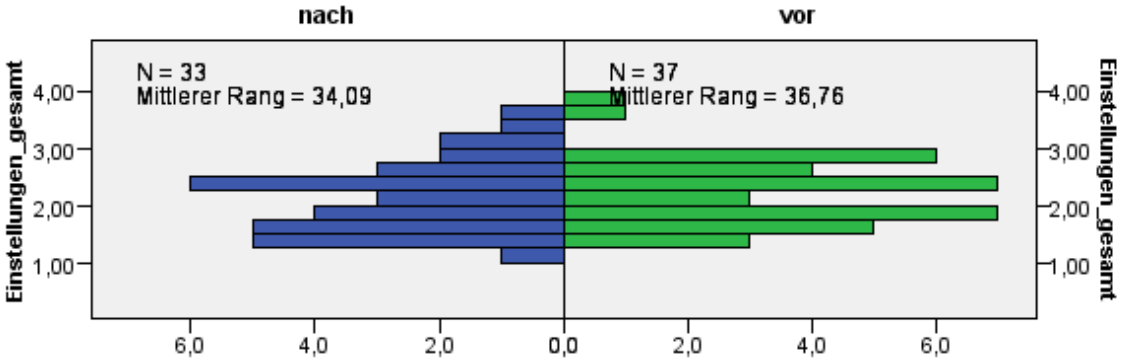


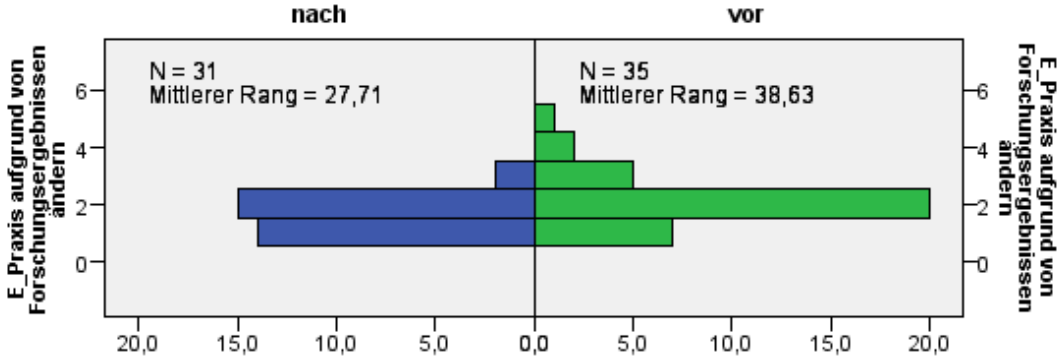
Tabelle 15 – Beantwortung der Forschungsfrage HF anhand Mittelwertindex Einstellungen_gesamt

N	Mann-Whitney-U	Asymptotische Sig. (2-seitiger Test)	Interpretation
70	564,0	**0,584**	**H_{HF0} beibehalten**

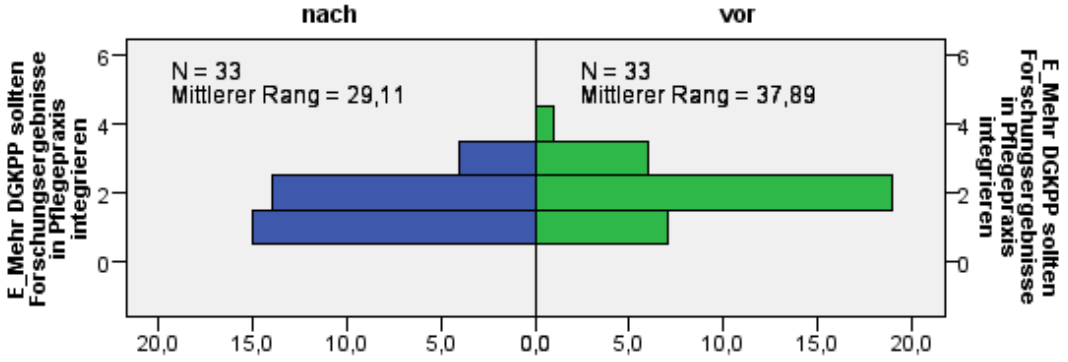
Anhand der Ergebnisse des **Mann-Whitney-U-Tests** kann bestätigt werden, dass es mit 95% Wahrscheinlichkeit **keinen Unterschied** in den gesamten Einstellungen von Pflegepersonen gegenüber Forschungsanwendung auf einem akut onkologischen Setting bevor und nach einem Schulungsprogramm über evidenzbasierte Pflege gibt (p=0,584).

Wenn einzelne Einstellungen analysiert werden, kann jedoch bestätigt werden, dass es bevor und nach dem Schulungsprogramm Unterschiede in der Bewertung bei zwei Einstellungen gibt. Die Einstellung **B01 E_Praxis aufgrund von Forschungsergebnissen ändern** (p=0,01, KI=95%) und **B05 E_Mehr DGKP sollten Forschungsergebnisse in Pflegepraxis integrieren** (p=0,042, KI=95%) haben sich von der ersten auf die zweite Erhebung signifikant geändert.

Grafik 32 – Vergleich der Verteilung von B01 (vor und nach Schulungsprogramm)



Grafik 33 – Vergleich der Verteilung von B05 (vor und nach Schulungsprogramm)



Beide Einstellungen **B01** und **B05** wurden in der zweiten Befragung bzw. im Postsurvey positiver bewertet. Anders ausgedrückt wurden diese Einstellungen von Pflegepersonen nach dem Schulungsprogramm stärker zugestimmt. Der Mittlere Rang hat sich bei der Einstellung **B01** von ca. 38,6 auf ca. 27,7 deutlich gebessert. Bei der Einstellung **B05** hat sich der mittlere Rang von 37,9 auf 29,1 positiv geändert.

Tabelle 16 – Beantwortung der Forschungsfrage HF anhand einzelner Einstellungen

Einstellungen gegenüber Forschungsanwendung		Signifikanz	Interpretation
B01	**E_Praxis aufgrund von Forschungsergebnissen ändern**	**0,011**	**H_{HF0} ablehnen**
B02	E_Praxis auf Forschungserkenntnissen stützen	0,207	
B03	E_Forschungserkenntnissen helfen Ziele zu erreichen	0,654	**H_{HF0} beibehalten**
B04	E_GuK sollte sich auf Forschungserkenntnisse stützen	0,073	
B05	**E_Mehr DGKP sollten Forschungsergebnisse in Pflegepraxis integrieren**	**0,042**	**H_{HF0} ablehnen**
B06	E_Auseinandersetzung mit Forschungserkenntnissen ist eine Zeitverschwendung	0,350	
B07	E_Verstehen von Forschungsergebnissen helfen Tätigkeit professionell auszuführen	0,430	
B08	E_Forschung ist spannend	0,891	
B09	E_Forschung hat stimulierenden Effekt	0,120	
B10	E_Forschung ist verstehbar	0,895	
B11	E_Forschung ist notwendig, um Pflegepraxis zu verbessern	0,443	**H_{HF0} beibehalten**
B12	E_Forschung schaft wissenschaftliche Fundierung der Pflegepraxis	0,737	
B13	E_Forschung ist langweiliges Thema	0,357	
B14	E_Forschung spricht mich nicht an	0,513	
B15	E_Forschungsergebnisse lassen sich nicht integrieren	0,893	
B16	E_Forschungserkenntnisse sind für die Anwendung in Pflegepraxis nicht relevant	0,704	

Anhand der Ergebnisse des **Mann-Whitney-U-Tests** kann bestätigt werden, dass es sich mit 95% Wahrscheinlichkeit die Einstellungen **B01 E_Praxis aufgrund von Forschungsergebnissen ändern** (Z=-2,551, p=0,011) und **B05 E_Mehr DGKP sollten Forschungsergebnisse in Pflegepraxis integrieren** (Z=-2,035,

p=0,042) vor und nach einem Schulungsprogramm über evidenzbasierte Pflege auf einem onkologischen Krankenhaussetting geändert haben. Um die Bedeutsamkeit dieser Ergebnisse zu bewerten, wird die Effektstärke durch die Berechnung des Korrelationskoeffizienten und die Beurteilung der Größe des Effekts mithilfe der Einteilung von Cohen durchgeführt. Für die Signifikanz der Einstellungen B01 und B05 ergibt sich eine Effektgröße von jeweils 0,31 und 0,24, was einem **mittleren Effekt** entspricht. Zusammenfassend kann die Veränderung von den Einstellungen **B01** und **B05** vor und nach einem Schulungsprogramm als signifikant eingestuft werden. Diese Veränderung entspricht einem mittleren Effekt.

Zur Beantwortung der Forschungsfragen **UF 1** (Einfluss von soziodemografischen[4] Merkmalen auf Einstellungen von Pflegepersonen gegenüber Forschungsanwendung), **UF2** (Einfluss von beruflichen[5] Merkmalen) und **UF3** (Einfluss von Bildungsmerkmalen[6]) wurden im SPSS zwei unterschiedliche Verfahren durchgeführt.
In einer ersten Phase wurde der Mittelwertindex Einstellungen_gesamt mit allen unabhängigen Variablen gegenübergestellt. Die Ergebnisse sind auf der **Tabelle 17** dargestellt.

Tabelle 17 – Beantwortung der Forschungsfrage UF1, UF2 und UF3 anhand vom Einstellungen_gesamt

N	aV	Korrelation nach Pearson	Signifikanz	Interpretation
59	Alter (in Klassen)	-0,015	0,908	$H_{UF1.0}$
66	**Geschlecht**	**-,293***	**0,017**	$H_{UF1.1}$
70	Berufserfahrung (in Klassen)	-0,076	0,532	$H_{UF2.0}$
67	Bildungsabschluss (in Klassen)	0,045	0,715	$H_{UF3.0}$
61	Grundausbildung_Pflegeforschung	-0,078	0,552	$H_{UF3.0}$
59	Grundausbildung_EBN	0,181	0,169	$H_{UF3.0}$
59	Grundausbildung_Statistik	0,126	0,341	$H_{UF3.0}$

* Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Anhand der Ergebnisse der **Pearsonkorrelation** kann bestätigt werden, dass es mit 95% Wahrscheinlichkeit **keine signifikanten Zusammenhänge** zwischen Einstellungen von Pflegepersonen gegenüber Forschungsanwendung und Alter (p=0,908), Berufserfahrung (p=0,532), Bildungsabschluss (p=0,715) und Vorkenntnissen in Pflegforschung(p=0,552), EBN (p=0,169) oder Statistik (p=0,341) besteht.

[4] Geschlecht; Alter
[5] Berufserfahrung
[6] Bildungsabschluss; vorherige Kenntnisse über Pflegeforschung, ebP oder Statistik

Allerdings kann mit 95% Wahrscheinlichkeit bestätigt werden, dass in der untersuchten Gruppe ein schwacher negativer **Zusammenhang zwischen Geschlecht und Einstellungen von Pflegepersonen gegenüber Forschungsanwendung** besteht, d. h. Frauen (G=1) haben einen negativeren Mittelwertindex Einstellungen_gesamt als Männer (G=2) (p=0,017). Dieser Zusammenhang zwischen Geschlechtern, obwohl signifikant, ist schwach (Korrelation nach Pearson=-0,293).

In der zweiten Phase wurden die Zusammenhänge zwischen allen einzelnen Einstellungen (**B01** bis **B16**) und den ausgewählten abhängigen Variablen getestet. Die signifikanten Ergebnisse sind auf der **Tabelle 18** dargestellt.

Tabelle 18 – Beantwortung der Forschungsfrage UF1, UF2 und UF3 anhand von einzelnen Einstellungen

Einstellungen zur Forschungsanwendung		Geschlecht			BE_K			Grundausbildung Pflegeforschung		
		N	S	Sig.	N	S	Sig.	N	S	Sig.
B02	**E_Praxis auf Forschungserkenntnissen stützen**	67	-,268*	**0,032**	57	0,055	0,658	65	0,015	0,908
B04	**E_GuK sollte sich auf Forschungserkenntnisse stützen**	67	-,274*	**0,028**	57	0,106	0,391	65	0,115	0,382
B07	**E_Verstehen von Forschungsergebnissen helfen Tätigkeit professionell auszuführen**	67	-,293*	**0,019**	57	-0,118	0,338	65	-0,042	0,749
B08	**E_Forschung ist spannend**	67	-,358**	**0,004**	57	-0,068	0,583	64	-0,06	0,654
B09	**E_Forschung hat stimulierenden Effekt**	68	0,007	0,954	59	-,396**	**0,001**	66	-,317*	**0,013**
B11	**E_Forschung ist notwendig, um Pflegepraxis zu verbessern**	68	-,271*	**0,03**	58	-0,136	0,268	65	-0,021	0,871
B12	**E_Forschung schaft wissenschaftliche Fundierung der Pflegepraxis**	67	-,253*	**0,046**	57	-0,069	0,576	64	-0,005	0,968
B15	**E_Forschungsergebnisse lassen sich nicht integrieren**	68	-,352**	**0,004**	58	0,056	0,65	65	-0,029	0,824

* Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

** Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Anhand der Ergebnisse der **Spermankorrelation** kann bestätigt werden, dass es mit 95% Wahrscheinlichkeit **signifikante Zusammenhänge** zwischen den Einstellungen **B02, B04, B07, B08, B11, B12** und **B15** und dem **Geschlecht** von Pflegepersonen bestehen, d.h. Frauen (G=1) haben einen höheren mittleren Rang in den Einstellungen **B02, B04, B07, B08, B11** und **B12** als Männer (G=2). Anders gesagt haben Männer diesen Aussagen stärker zugestimmt. Auch bei der negativen Aussage **B15** zeig-

ten Männer positivere Einstellungen, in dem sie die Aussage **B15** häufiger als Frauen abgelehnt haben. Dieser Zusammenhang zwischen Geschlechtern, obwohl signifikant, ist schwach. Aufgrund der unterschiedlichen Stichprobengröße ist eine Interpretation der Ergebnisse nicht sinnvoll (Männer ► N = 10: Frauen ► N= 56).

Weiters korreliert die Einstellung **B09** mit **Berufserfahrung** und **Vorkenntnisse in Pflegeforschung** schwach aber signifikant. Hier gilt es: je höher die Berufserfahrung in Jahren, desto häufiger wurde der Einstellung **B09 Forschung hat stimulierenden Effekt** zugestimmt. Auch Pflegepersonen ohne Vorkenntnisse in Pflegeforschung zeigten eine höhere Zustimmung dieser Aussage als Personen mit Vorkenntnissen in Pflegeforschung.

7.6 Zusammenfassung der Ergebnisse

Pflegepersonen zeigten an beiden Zeitpunkten dieser Untersuchung durchaus **positive bis neutrale Einstellungen** gegenüber Forschungsanwendung. Die gesamten Einstellungen von Pflegepersonen gegenüber Forschungsanwendung konnten allerdings allein durch das Angebot eines Schulungsprogramms nicht geändert werden.

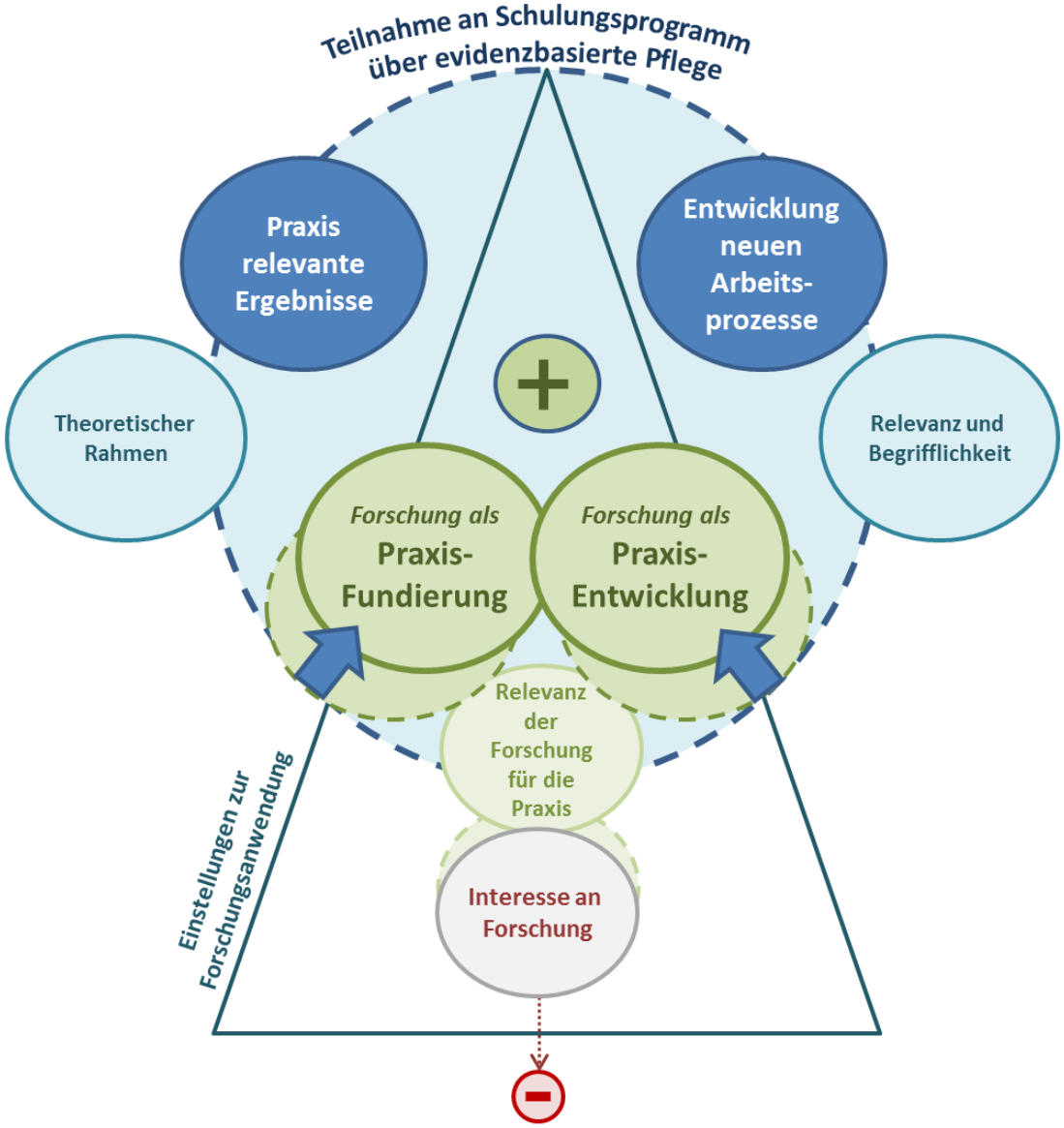
Die **positivsten Einstellungen** von Pflegepersonen gegenüber Forschungsanwendung betreffen Aussagen, die eine Notwendigkeit, die Pflegepraxis auf Forschungsergebnisse zu stützen und den Bedarf, die Pflegepraxis anhand von Forschungsergebnissen zu verändern (***Praxisfundierung***), ausdrücken. Diese Einstellungen bessern sich ebenfalls nach der Teilnahme am Schulungsprogramm über evidenzbasierte Pflege, zwei davon signifikant.

Aussagen, die eine Relevanz von Forschungsanwendung hervorrufen wie z.B. **B11 E_Forschung ist notwendig, um Pflegepraxis zu verbessern** oder **B03 E_Forschungserkenntnissen helfen Ziele zu erreichen**, wurden etwas positiv und neutral (*weder noch*) bewertet. Die Bewertung dieser Aussagen ändert sich nach der Teilnahme am Schulungsprogramm nicht.

Die relativ **negativsten Einstellungen** betreffen Aussagen, die das Interesse von Pflegepersonen zu dem Thema Forschungsanwendung abbilden wie z.B. **B09 E_Forschung hat stimulierenden Effekt** oder **B13 E_Forschung ist langweiliges Thema**. Diesen Aussagen wurde auch nach dem Schulungsprogramm stärker zugestimmt, wobei diese Ergebnisse allerdings statistisch nicht signifikant sind.

Pflegepersonen **nehmen** unterschiedlich an den verschiedenen angebotenen Maßnahmen des Schulungsprogramms **teil**. Maßnahmen mit einem hohen Praxisbezug, die für die Praxis relevanten Erkenntnissen beinhalten, wurden häufiger besucht als Maßnahmen zu rein theoretischen Inhalten wie z.B. der theoretische Rahmen zur ebP oder Begriffsdefinition im Rahmen der Forschungsanwendung.

Abbildung 21 – Einstellungen von Pflegepersonen gegenüber Forschungsanwendung anhand eines Schulungsprogramms im onkologischen akuten Krankenhausbereich (Cartaxo, 2018)



Positive Korrelationen wurden zwischen Einstellungen von Pflegepersonen und soziodemografischen und beruflichen Merkmale identifiziert. So hatten Geschlecht, Berufserfahrung und Vorerkenntnisse in Pflegeforschung Einfluss auf die Einstellungen von Pflegepersonen zur Anwendung von Forschung. Aufgrund der kleinen Stichprobe sind die Aussagen über mögliche Zusammenhänge zwischen soziodemografischen, beruflichen oder Bildungsmerkmalen und Einstellungen von Pflegepersonen gegenüber Forschungsanwendung kritisch zu interpretieren.

Bedeutende Veränderungen in den gesamten Einstellungen von Pflegepersonen erfordern zusätzlich zum Angebot von Schulungsprogrammen und zur Überarbeitung von praxisnahen relevanten Fragestellungen andere organisationale und personalbezogene Initiativen.

8. Diskussion

Ziel dieser Masterarbeit war die Einstellungen von Pflegepersonen gegenüber Forschungsanwendung in einem österreichischen Akutkrankenhaussetting zu messen und zu analysieren, inwieweit sich diese Einstellungen ändern, wenn ein Schulungsprogramm über evidenzbasierte Pflege und Forschungsanwendung angeboten wird. Weiters wurde untersucht, welche persönlichen, beruflichen und Bildungsmerkmale mit positiven Einstellungen korrelieren.

Bedingt positive Einstellungen

Die Ergebnisse zeigen, dass die gesamten Einstellungen von Pflegepersonen gegenüber Forschungsanwendung im untersuchten Setting tendenziell positiv sind. Mehrere internationale Studien bestätigen, dass Pflegepersonen positive Einstellungen zur ebP bzw. zur Forschungsanwendung haben (Parahoo, 1998, Parahoo, 2000, Koehn und Lehman, 2008; Melnyk et al., 2008; Malik, McKenna und Plummer, 2015; Estabrooks et al. 2003a; Squires et al. 2011).

Die positivsten Einstellungen von Pflegepersonen gegenüber Forschungsanwendung betreffen in dieser Untersuchung Aussagen, welche die Notwendigkeit, die Pflegepraxis auf Forschungsergebnisse zu stützen und den Bedarf die Pflegepraxis anhand Forschungsergebnisse zu verändern (Praxisfundierung), ausdrücken. Rezent führte Pereira (2016) eine deskriptive Studie zu dem Thema Einstellungen gegenüber ebP und Forschung und stellte fest, dass die am stärksten zugestimmten Aussagen „Die Implementierung von evidenzbasierte Interventionen bringt Vorteile für meine professionelle Weiterentwicklung“ (mit 94,9% Zustimmung) und „Ich fühle, dass Vorteile bestehen, wenn ich meine Praxis auf Forschung stütze“ (mit 91,8% Zustimmung) waren. Diese Ergebnisse decken sich mit den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung ab.

In Anbetracht der Ergebnisse dieser Untersuchung stellte sich allerdings heraus, dass nicht alle untersuchten Einstellungen so gut bewertet werden wie in den obengenannten internationalen Studien. Dieser Unterschied wurde bereits in den zum Thema durchgeführten Studien im deutschsprachigen Raum identifiziert (Schubert und Wrobel, 2009, Breimaier et al., 2011, Köpke et al., 2013 und Gallistl, 2016), obwohl Köpke et al. (2013) und Gallistl (2016) bereits eine leichte Besserung der gesamten Einstellungen von Pflegepersonen zu dieser Thematik registrierte.

Die relativ negativsten Einstellungen waren in dieser Masterarbeit Aussagen, die das Interesse von Pflegepersonen zu dem Thema Forschungsanwendung abbilden. Bei den Aussagen „Forschung ist spannend“, „Forschung hat stimulierenden Effekt“, „Forschung spricht mich nicht an“ oder „For-

schung ist ein langweiliges Thema“ werden Gefühle über Pflegeforschung ausgedrückt, die auf ein Interesse über Forschungsanwendung im Allgemeinen hinweisen. Diese Aussagen wurden sowohl im Presurvey als auch im Postsurvey schlechter bewertet als andere Einstellungen und weisen auf eine inhaltliche Beziehung hin. Diese Ergebnisse werden von Gallistl (2016), Köpke et al. (2013) und Breimaier et al. (2011) als „Wissensdesinteresse“ kategorisiert und beschrieben.

Aussagen, die eine Relevanz der Anwendung von Forschung betreffen, waren relativ neutral bewertet. Köpke et al. (2013) stellte in seiner Befragung zum Thema fest, das ca. ein Viertel der Pflegepersonen der Meinung ist, dass Forschung nicht relevant ist. In dieser Untersuchung wurde dieser Aussage allerdings von nur ca. 13% der Befragte zugestimmt, was bereits eine positive Tendenz aufzeigen könnte. Allerdings steigt die Sichtbarkeit der Pflegeforschung durch die Akademisierung der Pflegeausbildung in Österreich bedeutend an und Pflegeforschung gelangt langsam in die Normalität der Pflegepraxis. Auch hier und aufgrund dessen darf der Einfluss von sozialer Erwünschtheit bei diesen Ergebnissen nicht unterschätzt werden.

Änderung von Einstellungen im Rahmen von Fortbildungsmaßnahmen

Kyriakoulis, Patelarou, Laliotis, Wan, Matalliotakis, Tsiou und Patelarou (2016) führten eine systematische Übersichtsarbeit über Schulungsmaßnahmen im Rahmen von ebP und ihre Auswirkung. Die in der Literatur bestehenden Studien zur Einstellungen gegenüber ebP haben allerdings sehr unterschiedliche Designs: sie beziehen sich auf unterschiedliche Fortbildungsmaßnahmen hinsichtlich Methode und Inhalte (z.B. von der Gestaltung von akademischen Curricula, bis zum Angebot von Kursen, individuellem Mentoring, ebP-Praktika oder Besuch von Konferenzen zum Thema, u.a.); haben unterschiedliche Dauer (von 4 stündigen Workshops bis zu Kursen im Ausmaß von 2 wöchentlichen Stunden über 14 Wochen) und verwenden auch unterschiedliche Instrumente zur Messung der Veränderung von Fertigkeiten und Einstellungen seitens StudienteilnehmerInnen (wie z.B. das BARRIERS Instrument oder auch Instrumente ohne validierte theoretische Fundierung) (Kyriakoulis et al., 2016). Die Studien, die sich auf die Veränderungen von Einstellungen fokussierten, erreichten minimale Veränderungen nach Angebot des Schulungsprogramms (Liabsuetrakul et al., 2009; Bennett et al., 2011; Ruzafa-Martinez et al., 2016 in Kyriakoulis et al., 2016).

Trotz impliziten Erwartungen änderten sich die gesamten Einstellungen von Pflegepersonen zur Anwendung von Forschung nach einem Schulungsprogramm in dieser Studie nur gering. Mehrere zu dem Thema durchgeführte Studien bestätigen diese Befunde. Ramos-Morcillo et al. (2015) erreichten in ihrer Studie ein ähnliches Ergebnis und bestätigen, dass, obwohl durch Schulungsprogramme die Kenntnisse und Fertigkeiten von Pflegepersonen über ebP weiterentwickeln werden konnten, eine

Änderung der Einstellungen und der Anwendung von Forschung in der Pflege allein durch Fortbildungsmaßnahmen nicht zu erzielen ist. Auch Mollon, Fields, Gallo, Wagener, Soucy, Gustafson, und Kim (2012) entwickelten ein Programm zwecks Förderung positiver Einstellungen gegenüber Forschungsanwendung ohne erfolgreiche Ergebnisse. Anzumerken ist aber, dass die Schulungsprogramme beider Studien durch online *self-learning* Module und begrenzte Präsenzzeiten Interventionen angehalten wurden. Diese sind wahrscheinlich nicht geeignete Methoden, um Veränderungen der Einstellungen von Pflegepersonen zu verfolgen (Ramos-Morcillo et al., 2015, Mollen et al., 2012). Sheriff, Wallis und Chaboyer (2007) erzielten dagegen in ihrer quasiexperimentellen Studie positive Ergebnisse. Hier wurden mehrere persönliche interaktive Schulungsmaßnahmen über einen längeren Zeitraum angeboten und ein Pre- und zwei Postsurveys über die Einstellungen und über die wahrgenommenen Fertigkeiten und Kenntnisse in ebP durchgeführt. Einstellungen waren im ersten und zweiten Survey etwas positiver als in der Baseline Befragung. Hier wurden Schulungsmaßnahmen über theoretische Inhalte gestaltet und mit praktischen Übungen zur Entwicklung von PICO Fragen und Literaturrecherche und -bewertung in einem Workshop kombiniert. Organisationelle Unterstützung, Angebot von bewährten Schulungsmaßnahmen und Entwicklung von Arbeitsmaterialien wurden als fördernden Faktoren für die Entwicklung positiverer Einstellungen gegenüber Forschungsanwendung und ebP identifiziert.

Die in dieser Studie beschriebenen Schulungsmaßnahmen wurden mit einem hohen Praxisbezug und mit Berücksichtigung der Rahmenbedingungen angeboten – so wurde im untersuchten Feld die notwendige organisatorische Unterstützung gesichert, Schulungsmaßnahmen wurden anhand des ARCC© Modells und bestehenden Studien und Übersichtsarbeiten gestaltet –, allerdings ohne Erzielen signifikant positiver Gesamtergebnisse. Die Limitationen dieser Studie aber auch die kulturellen Fragen im Setting Österreich werden folglich als mögliche Faktoren erklärt.

Laut TPB ergeben sich verhaltensrelevante Einstellungen aus der gengenseitigen Interaktion von verhaltensbezogenen Überzeugungen, also von Konsequenzerwartung und Konsequenzbewertung. In dieser Arbeit wurde versucht, durch den Einfluss von Schulungsmaßnahmen auf diesen beiden Dimensionen – Konsequenzen der Forschungsanwendung und Bewertung der Konsequenzen der Forschungsanwendung in der Pflege –, Einstellungen von Pflegepersonen gegenüber Forschungsanwendung positiver zu gestalten (**Abbildung 12**), allerdings ohne signifikanten Erfolg. Mehrere Studien betonen die Aussagekraft (Hrisos et al., 2009; Côté et al., 2012; Ramos-Morcillo et al., 2015) dieser Theorie in der Erklärung von Verhalten von Gesundheitskundigen. Es bleibt aber in dieser Untersuchung unklar, ob auf diese Theorie gestützte Fortbildungsmaßnahmen die Einstellungen von Pflegeperso-

nen gegenüber Forschungsanwendung verändern können bzw. ob bereits bedingt positive Einstellungen von Pflegepersonen gegenüber Forschungsanwendung weiter verbessert werden können.

Forschungsanwendung als kulturelle Frage?

Einer der Gründe, warum Einstellungen im Postsurvey nicht positiver bewertet werden bzw. keine Unterschiede in den gesamten Einstellungen zu beobachten waren, könnte sein, abgesehen von der kleinen Stichprobe und der nicht überprüften Effektivität des Schulungsprogramms, dass Pflegepersonen in Österreich nicht so eine hohe Offenheit zur Forschungsanwendung besitzen wie in einigen internationalen Studien berichtet wird. Diese Annahme könnte durch die im Vergleich zum östlichen europäischen und angloamerikanischen Raum relativ neuen akademischen Grundlagen der Pflege bzw. der relativ geringen Verwissenschaftlichung der Pflegepraxis in Österreich begründet werden. Diese Überlegung wird ebenso von Breimeier et al. (2011) angesprochen:

> "On the one hand, nurses are aware of the significance and value of research (…). On the other hand, a majority of nurses (…) disagree that nursing should become a research-based profession. This might be explained by a realisation of the necessity for change together with the current lack of experience/knowledge regarding nursing science, nursing research and implementation of research results, all of which might be perceived as a threat to the existing, yet well-known system."

Breimeier et al. (2011) sprechen die mangelnde Erfahrung und Kenntnisse von Pflegepersonen über Forschung als hindernden Faktor für die Verwissenschaftlichung der Praxis und als Auslöser von Ängsten, dass die bestehende erfahrungsinformierte Praxis in Frage gestellt und letztendlich geändert wird, an.

In der Literatur findet sich auch ein paradoxes Pendeln der Einstellungen von Pflegepersonen zwischen Interesse über praxisnahe Forschung und Wissensdesinteresse über Pflegeforschung im Allgemeinen. Breimeier et al. (2011) sprechen in diesem Sinn beide Themen an.

Betreffend das Thema Wissensdesinteresse wird in mehreren Untersuchungen im DACH bestätigt, dass Pflegepersonen eher über eine Ablehnung von Pflegewissenschaft in der Praxis berichten (Breimaier et al., 2011, Köpke et al., 2013 und Gallistl, 2016). Auch hier gilt es: die Rahmenbedingungen in Österreich für eine flächendeckend evidenzbasierte Pflege werden gerade gestaltet. Aufgrund vom Wissensmangel, Angst vor großen Veränderungen, aber auch Verlust von derzeitigem Berufsstatus ist es nachvollziehbar, dass PraktikerInnen mit wenig Kontakt zu Pflegeforschung in ihrem Alltag nicht so viel Interesse für das Gebiet Forschungsanwendung rückmelden (Breimaier et al., 2011). Weiters hat Pflegewissenschaft ein Wahrnehmungsproblem in der Praxis, die eine Assimilation von

Forschungsanwendung erschwert (Breimeier et al., 2011, Gallistl, 2016). Diese Ergebnisse prägen daher die Situation der Pflegepraxis in Österreich und können in anderen internationalen Untersuchungen nicht deutlich wiedergefunden werden.

Im Gegenpool der Interessendiskussion berichten Pflegepersonen über Interesse an praxisnahen Forschungsergebnissen. In einer Untersuchung von Breimaier et al. (2011) kristallisierte sich heraus, dass DGKP ein sehr hohes Interesse an wissenschaftlich basierten Informationen haben, wenn sich diese auf ein bestimmtes Phänomen oder Problem der Pflegepraxis fokussieren. Dies könnte eine mögliche Erklärung anbieten, warum die Maßnahmen mit höherem Praxisbezug auch von Seiten der Pflegepersonen am meisten besucht wurden.

Offen bleibt, ob Einstellungen, die mit Praxisfundierung zu tun haben, leichter durch praxisrelevante Maßnahmen beeinflusst und positiv geändert werden können. Diese Überlegung würde den in dieser Untersuchung registrierten Veränderungen eine Erklärung anbieten. Pflegepersonen wären somit für eine Veränderung ihrer Einstellungen gegenüber Forschungsanwendung offener, wenn durch Forschungsergebnisse ihre Praxis geändert und optimiert wird – und das auf eine Weise, die sie in ihrem Alltag in der PatientInnenbetreuung spüren.

Forschungsanwendung als individuelle Frage?

Positive Korrelationen wurden zwischen einigen Einstellungen von Pflegepersonen gegenüber Forschungsanwendung und soziodemografischen und beruflichen Merkmalen identifiziert. Aufgrund der sehr kleinen Stichprobe und der schwachen statistischen Beziehungen ist allerdings eine Schlussfolgerung schwer zu formulieren. Andere Studien identifizieren mehreren soziodemografische, berufliche und Bildungsmerkmale, die einen Einfluss auf die Variable Einstellungen haben (Estabrooks et al., 2007, Squires et al., 2011, Lizarondo, Grimmer-Somers und Kumar, 2011). Die praktische Relevanz dieser Feststellung ist allerdings begrenzt. Man könnte argumentieren, dass die Gestaltung von Fortbildungsmaßnahmen anhand dieser Determinanten optimiert werden könnten. Individuelle Determinanten zur Einstellungen gegenüber Forschungsanwendung korrelieren allerdings mit vielen Faktoren, die in der Praxis schwer abgrenzbar sind. Es können daher gezielte Schulungsmaßnahmen für vordefinierte Gruppen nur schwer gestaltet werden. Wenn Männer positivere Einstellungen besitzen als Frauen, und Personen mit einem akademischen Abschluss positivere Einstellungen besitzen als Personen ohne akademischen Abschluss – welche Unterschiede müssten zwischen einem Mann ohne akademischer Abschluss und einer Frau mit akademischem Abschluss in Hinblick auf die Gestaltung eines Schulungsprogramms berücksichtigt werden?

Lizarondo, Grimmer-Somers und Kumar (2011) betonen die Wichtigkeit, Korrelationen zwischen individuellen Determinanten von Forschungsanwendung und persönlichen und Bildungsmerkmalen zu untersuchen. Wallin et al. (2012) machen allerdings auf eine andere Notwendigkeit aufmerksam. Untersuchungen sollen sich auf veränderbare kontextbezogene Determinanten fokussieren, d.h. auf Determinanten, die durch Interventionen (wie z.B. Schulungsprogramme) beinflussbar sind.

> „to move away from focusing on basic individual characteristics, many of which are not modifiable, such as age and gender, to more complex contextual elements" (Wallin et al., 2012).

Die Relevanz zukünftiger Forschungsarbeiten liegt darin zu verstehen, welche veränderbaren kontextbezogenen Faktoren zu positiveren Einstellungen gegenüber Forschungsanwendung beitragen und welche Interventionen sowohl die Verbesserung der Einstellungen selbst, als auch der Anwendung von Forschung und dadurch der Qualitätssicherung und -entwicklung in der Pflegepraxis im spezifischen österreichischen Setting, ermöglichen.

9. Limitationen

Unterschiede zu internationalen Studien und Relevanz der Forschungsanwendung in der Pflegepraxis begründen diese Untersuchung und die weitere Forschung dieses Feldes. Allerdings ist die Bewertung von individuellen Veränderungsprozessen allein durch quantitative Methoden nicht möglich. Ein Forschungsdesign mit einem an den Mixed Method gestützten Design könnte dieser Untersuchung erweitern und Licht in die Problematik werfen.

Das angebotene Schulungsprogramm bedurfte einen methodisch, wissenschaftlichen Entwicklungsprozess. Weiters hätten die dazugehörigen Arbeitsmaterialien ein Peer Review und ggf. Validierung unterzogen werden sollen. So kann auch sicher festgelegt werden, dass die Qualität und Effektivität eines Schulungsprogramms vorgegeben ist.

Die rekrutierte Stichprobe war klein (N=33 bzw. N=37) und entsprach einer Rücklaufquote von lediglich 39% bzw. 35% jeweils beim Pre- und Postsurvey, ermöglichte aber einen guten Vergleich zwischen initialen und konsekutiven Einstellungen von Pflegepersonen. Im Rahmen der abgegrenzten Ressourcen einer Masterarbeit war die Durchführung eines multidimensionalen ausführlichen Schulungsprogramms mit interaktivem Charakter nur bei einer relativen kleinen Gruppe möglich. Für die Analyse möglicher Korrelationen zwischen individuellen Determinanten von Forschungsanwendung und Einstellungen von Pflegepersonen gegenüber Forschungsanwendung hätte die Untersuchung von einer größeren Stichprobe bzw. von einem komparativen Design profitiert.
Die Untersuchung hätte weiters von der Analyse einer verbundenen Stichprobe an Aussagekraft gewonnen. Hier konnten nämlich Unterschiede und Zusammenhänge deutlicher in dieser Untersuchung aufgezeigt werden. Auch das Miteinbeziehen einer Kontrollgruppe, d.h. einer Gruppe, die an dem Schulungsprogramm nicht teilnimmt und sich mit dem Thema ebP nicht beschäftigt, hätte die Zuverlässigkeit der Ergebnisse gestärkt.

Eine Selektion-Bias kann durch die Gestaltung einer Gelegenheitsstichprobe nicht ausgeschlossen werden, d.h. die miteinbezogene Stichprobe hat sich durch die freiwillige Teilnahme an der Studie selbstselektiert: es kann in Frage gestellt werden, ob die in dieser Untersuchung erhobenen Einstellungen die Meinungen von Pflegepersonen abbilden, die eher Interesse am Thema hatten. TeilnehmerInnen, die negativeren Einstellungen über Forschungsanwendung besitzen, haben wahrscheinlich an der Studie nicht teilgenommen.

Weiters war der ausgewählte Erhebungszeitraum nicht förderlich. Die erste und zweite Erhebung erfolgten beide am Ende des Sommers bzw. noch während der Haupturlaubszeit des Betriebes. Dieser Fakt kann die Rücklaufquote der ersten und zweiten Erhebung beeinflusst haben.

Bei der Analyse der Ergebnisse muss auch die Frage der sozialen Erwünschtheit angesprochen werden. Pflegepersonen wird an ihrem Arbeitsplatz ein Schulungsprogramm mit Unterstützung der Führung angeboten, Forschungsanwendung wird in mehreren Schulungsmaßnahmen als etwas Positives betont und die Erwartungen der Autorin spiegeln sich in der Zielsetzung der Untersuchung wider. Der Einfluss dieser Faktoren muss bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.

Schließlich muss eine Überlegung zum Fragebogen zur Anwendung von Forschung in der Pflege von Champion und Leach (1989) erwähnt werden. Negative Aussagen wurden in dieser Erhebung negativer bewertet als positive Aussagen. Es ist unklar, ob die negative oder positive Formulierung der Aussagen des Fragebogens Einfluss auf die Zustimmung bzw. Ablehnung seitens Pflegepersonen ausübt. Daher sollte bei der Entwicklung zukünftiger Fragebögen Rücksicht auf die Satzformulierung und dementsprechenden Einfluss auf die Erwünschtheit von positiven oder negativen Aussagen genommen werden.

10. Forschungsausblick

Durch die Datenanalyse und Darstellung der Ergebnisse wurde ersichtlich, dass innerhalb des Konzeptes Einstellung, wie es in der deutschen Version des Fragebogens zur Forschungsanwendung in der Pflege von Champion und Leach (1989) abgebildet ist, statistische synergische Beziehungen zwischen mehreren abhängigen Variablen bestanden, die auf eine stärkere inhaltliche Beziehung hinweisen können. Nicht alle Einstellungen werden gleich positiv oder negativ bewertet bzw. gleich stark zugestimmt oder ablehnt. So ist zu registrieren, dass einige Variablen gleichauf in der ersten Erhebung sehr positiv bewertet wurden und in der zweiten Erhebung ebenso gestiegen sind. Diese Aussagen beziehen sich auf die Fundierung der Pflegepraxis anhand von Forschungsergebnissen und haben eine inhaltliche Korrelation.
Bei den Aussagen, die das Interesse für Forschung abbilden, ist auch eine statistische Beziehung zu beobachten. Diese Aussagen wurden sowohl im Presurvey als auch im Postsurvey schlechter bewertet als andere Einstellungen und weisen ebenso auf eine inhaltliche Beziehung hin. Die Identifikation von „Einstellungskategorien“ anhand Faktorenanalysen kann zukünftige Untersuchungen in diesem Bereich unterstützen, indem Schulungsprogramme speziell an inhaltliche Dimensionen des Konzeptes Einstellung gegenüber Forschungsanwendung gerichtet werden können, die eine negativere Bewertung seitens Pflegepersonen aufweisen. Es sollen dann Maßnahmen gezielt für diese negativeren Dimensionen erstellt und angeboten werden.

Für zukünftige Untersuchungen über Einstellungen von Pflegepersonen, welche die Entwicklung eines Schulungsprogramms erfordern, wäre eine theoretische Untermauerung und Entwicklung der angebotenen Interventionen durch wie z.B. die Programmtheorie (ggf. die Entwicklung und Testung der Effektivität des Schulungsprogrammes durch Evaluationsforschung), wenn die vorhandenen Ressourcen dies ermöglichen, zu empfehlen.
Die Wirksamkeit von angebotenen Schulungsprogrammen soll auch hinsichtlich anderer Dimensionen der Forschungsanwendung, z.B. organisationale und kollegiale Unterstützung, untersucht werden.

Weiters ist es notwendig zu verstehen, warum sich einige Einstellungen ändern und andere nicht. Die Vermutung, dass Pflegepersonen Einstellungen positiver bewerten, die den Bedarf einer Praxisfundierung durch Forschung abbilden, wenn praxisnahen Fortbildungsmaßnahmen angeboten werden, soll näher untersucht werden. Wichtig ist auch zu verstehen, warum sich gerade diese Einstellungen positiv geändert haben, die Forschungsanwendung als Praxisfundierung sehen, und die Einstellungen, die das Interesse an Forschung abbilden, negativ.

11. Referenz

11.1 Literaturverzeichnis

-

Ajzen, I. (1991) ***The Theory of Planned Behavior***. Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50, 179–211.

Ajzen, I., Fishbein, M. (2005). ***The Influence of Attitudes on Behavior,*** 173-221 *in*: Albarracín, D., Johnson, B. Zanna, M. (2005) *The handbook of attitudes.* New York.

Behrens, J., Langer, G. (2010). ***Handbuch Evidence-based Nursing. Externe Evidence für die Pflegepraxis***. Bern u.a.: Hans Huber.

Breimaier, H. E., Halfens, R.J.G., Lohrmann, C. (2011). ***Nurses' wishes, knowledge, attitudes and perceived barriers on implementing research findings into practice among graduate nurses in Austria.*** Journal of Clinical Nursing, 20, 1744–1756.

Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (2016) ***Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Gesundheits- und Krankenpflegegesetz***. Unter: https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026t. Zugriff am: 27.11.2016.

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2016) ***Personal im Gesundheitswesen***. Zugang am: 24.09.2018 unter: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/ esundheit/gesundheits versorgung/personal_im_gesundheitswesen/index.html

Champion, V., Leach, A. (1989). ***Variables related to research utilization in nursing: An empirical investigation.*** Journal of Advanced Nursing, 14, 705–710.

Côté, F., Gagnon, J., Houme, P., Abdeljelil, A., Gagnon, M. (2012). ***Using the theory of planned behaviour to predict nurses' intention to integrate research evidence into clinical decision-making***. J Adv Nurs., 68(10), 2289-98.

Duden (2016) ***Definition von Einstellung***. Unter: http://www.duden.de/rechtschreibung/Einstellung. Zugriff am: 27.11.2016.

Ebermann, E. (2010) - ***Grundlagen statistischer Auswertungsverfahren.*** Universität Wien - Institut für Kultur- und Sozialanthropologie. Zugang am: 21.09.2018 unter: https://www.univie.ac.at/ksa/elearning/cp/ quantitative/quantitative-titel.html

Eccles, M., Grimshaw, J., Walker, A., Johnston, M., Pitts, N. (2006). ***Changing the behavior of healthcare professionals: the use of theory in promoting the uptake of research findings***. Journal of Clinical Epidemiology, 58, 107–12.

Eizenberg, M. (2011). ***Implementation of evidence-based nursing practice: nurses' personal and professional factors?*** Journal of Advanced Nursing, 67(1), 33-42.

Elad, S., Durlachr, J., Brennen, M., Saunders, D. Mank, A., Zadik, Y., Quinn, B., Epstein J., Blijlevens, N., Waltimo, T., Passweg, J., Correa, M., Dahllöf, G., Legert, K., Logen, R., Potting, C., Shapira, M., soga, Y., Stringer, J., Stokman, M., Vokurka, S., Wallhult, E., Yarom, N., Jensen, S. (2015) ***Basic oral care for hematology-oncology patients and hematopoietic stem cell transplantation recipients: a position paper from the joint task force of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer/International Society of Oral Oncology (MASCC/ISOO) and the European Society for Blood and Marrow Transplantation (EBMT)***. Supportive Care in Cancer. 23 (1), 223–236.

Estabrooks, C. (1999). ***The conceptual structure of research utilization.*** Research Nursing & Health, 22(3), 203–216.

Estabrooks, C., Floyd, J.A., Scott-Findlay, S., O'Leary, K.A., Gushta, M. (2003a). ***Individual determinants of research utilization: a systematic review.*** Journal of Advanced Nursing, 43(5), 506–520.

Estabrooks, C., Kenny, D., Adewale, A., Cummings, G., Mallidou, A. (2007). ***A comparison of research utilization among nurses working in Canadian civilian and United States Army healthcare settings.*** Research in Nursing & Health, 30 (3), 282 – 296.

Estabrooks, C., Squires, J.E., Strandberg, E., Nilsson-Kajermo, K., Scott, S., Profetto-McGrath, J., Harley, D., & Wallin, L. (2011). ***Towards better measures of research utilization: A Canada/Sweden effort.*** Journal of Advanced Nursing, 67(8), 1705-1718.

Estabrooks, C., Wallin, L., Milner, M. (2003b). ***Measuring knowledge utilization in health care.*** International Journal of Policy Evaluation & Management, 1(1), 3–36.

Fineout-Overholt, E., Levin, E., Melnyk, B. (2004) ***Strategies for Advancing Evidence-Based Practice in Clinical Settings*****.** Journal of the New York State Nurses Association, Fall/Winter 2004/2005

Flügl, K., Maierhofer, A., Mayrhofer, S., Rheinfrank, I., Valente dos Santos Cartaxo, A. (2015) ***Prävention von Mundschleimhautinfektionen bei onkologischen PatientInnen unter Chemo- und Strahlentherapie – Erstellung eines evidenzbasierten Pflegestandards.*** Universität Wien, Wien.

Frasure, J. (2008). ***Analysis of instruments measuring nurses' attitudes towards research utilization: a systematic review.*** Journal of Advanced Nursing, 61(1), 5–18.

Funk, S., Tornquist, E., Champagne, M. (1995) ***Barriers and facilitators of research utilization - An Integrative Review.*** Nursing Clinics of North America, 30(3), 395–407. Zugang am 22.01.2019 unter: https://www.researchgate.net/profile/Mary_Champagne/publication/15630684_Barriers_and_Facilitators_of_Research_Utilization/links/00b4953a97853516fd000000/Barriers-and-Facilitators-of-Research-Utilization.pdf?origin=publication_detail

Gallistl, P. (2016): ***Forschungsanwendung durch Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern/-pfleger in der Pflegepraxis, Herausforderung für die Personal- und Organisationsentwicklung*****.** Masterarbeit, Fachhochschule Campus Wien.

Gesundheitsqualitätsgesetz. (2016). ***Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Gesundheitsqualitätsgesetz.*** Unter: https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage= Bundesnormen&Gesetzesnummer=20003883 Zugriff am: 27.11.2016.

Godin, G., Belanger-Gravel, A., Eccles, M., Grimshaw, J. (2008). ***Healthcare professionals' intentions and behaviours: a systematic review of studies based on social cognitive theories.*** Implementation Science, 3, 36.

GÖG (2018) ***Österreichischer Spital Kompass – St. Josef Krankenhaus – Medizinisches Angebot – Personal.*** Zugang am: 20.09.2018 unter: https://www.spitalskompass.at/#/spital/919/medizinisches Angebot/personal

Haslinger-Baumann, E., Lang, G., Müller, G. (2014). ***Einfluss und Zusammenhang von Einstellung, Verfügbarkeit und institutioneller Unterstützung auf die Anwendung von Forschungsergebnissen in der pflegerischen Praxis – Ergebnisse einer explorativen quantitativen Querschnittstudie***. Pflege, 28 (3), 145 – 155.

Haslinger-Baumann, E., Müller, G. (2014). ***Validity and Reliability of the "German Utilization Questionnaire - Dissemination and Use of Research" to Measure Attitude, Availability, and Support Toward Implementation of Research in Nursing Practice***. Journal of Nursing Measurement, 22, 2, 255-267.

Horst, M. (2004): ***Interview und schriftliche Befragung. Entwicklung, Durchführung und Auswertung***, München-Wien; Seite 68-70

Hrisos, S., Eccles, P.E., Francis, J.J., Bosch, M., Dijkstra, R., Johnston, M., Grol, R., Kaner, E., Stehen, I. (2009). ***Using psychological theory to understand the clinical management of type 2 diabetes in Primary Care: a comparison across two European countries.*** BMC Health Services Research, 9, 140.

Hutchinson, A., Johnston, L. (2004). ***Bridging the divide: a survey of nurses' opinions regarding barriers to, and facilitators of, research utilization in the practice setting***. Journal of Clinical Nursing, 13(3), 304–315.

International Council of Nurses. (2007). ***Position statement: Nursing research.*** Genf, Schweiz. Unter: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/B05_Nsg_Research .pdf. Zugriff am: 27.11.2016.

Koehn, M., Lehman, K. (2008). ***Nurses' perceptions of evidence-based nursing practice.*** Journal of Advanced Nursing, 62, 209–215.

Köpke, S., Wrobel, F., Behncke, A., Balzer, K. (2013). ***Einstellungen Pflegender zu einer Evidenzbasierten Pflegepraxis — eine multizentrische Querschnittstudie.*** Pflege, 26 (3), 163 – 175.

Kyriakoulis, K., Patelarou, A., Laliotis, A., Wan, A., Matalliotakis, M., Tsiou, C., Patelarou, E. (2016). ***Educational strategies for teaching evidence-based practice to undergraduate health students: systematic review.*** Journal of Educational Evaluation for Health Professions**.** 13 (34).

Lizarondo, L.M., Grimmer-Somers, K., Kumar S. (2011). ***Exploring the perspectives of allied health practitioners toward the use of journal clubs as a medium for promoting evidencebased practice: a qualitative study.*** BMC Medical Education, 11 (66).

Malik, G., McKenna, L., Plummer, V. (2015). ***Perceived knowledge, skills, attitude and contextual factors affecting evidence-based practice among nurse educators, clinical coaches and nurse specialists.*** International Journal of Nursing Practice, 21 (2), 46–57.

Mayer, H. (2015): ***Pflegeforschung anwenden, Elemente und Basiswissen für das Studium***, 4., vollständig überarbeitete Auflage, Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien, ISBN: 978-3-7089-1230-1

Mayer, H. (2018): ***Pflegeforschung kennenlernen: Elemente und Basiswissen***, 7., aktualisierte und überarbeitete Auflage, Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien, ISBN: 978-3-7089-1587-6

McCleary, L., Brown, G.T. (2003). ***Association between nurses' education about research and their research use.*** Nurse Education Today, 23, 556–565.

Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Fischbeck-Feinstein, N., Li, H., Small, L., Wilcox, L., Kraus, R. (2004). ***Nurses' perceived knowledge, beliefs, skills, and needs regarding evidence based practice: Implications for accelerating the paradigm shift.*** Worldviews on Evidence Based Nursing, 1(3), 185–193.

Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Mays, M. Z. (2008). ***The evidence-based practice beliefs and implementation scales: Psychometric properties of two new instruments***. Worldviews on Evidence-Based Nursing, 5(4), 208–216.

Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Stillwell, S. B., Williamson, K. M. (2010). **E*vidence-based practice: Step by step. The seven steps of evidence-based practice: Following this progressive, sequential approach will lead to improved health care and patient outcomes.*** American Journal of Nursing, 110(1), 51-53.

Meyer, G., Balzer, K., Köpke. S. (2013). ***Evidenzbasierte Pflegepraxis—Diskussionsbeitrag zum Status quo.*** Zeitschrift für Evidenz Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 107, 30—35.

Parahoo, K. (1998). ***Research utilization and research related activities of nurses in Northern Ireland.*** International Journal of Nursing Studies, 35, 283-291

Parahoo, K. (2000). ***Barriers to and facilitators of, research utilisation among nurses in Northern Ireland.*** Journal of Advanced Nursing, 31, 89–98.

Pereira, R. (2016) ***Enfermagem Baseada na Evidência: Atitudes, Barreiras e Práticas***, Doktorarbeit, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Portugal. Unter: https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/84324/2/137294.pdf

Pérez-Campos, M., Sánchez-García, I., Pancorbo-Hidalgo P. (2014). ***Knowledge, Attitude and Use of Evidence-Based Practice among nurses active on the Internet.*** Investigación y Educación en Enfermería, 32(3): 451-460. Unter: https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/20706/17569. Zugriff am: 27.11.2016

Polit, D., Beck, C., Hungler, B. (2004). ***Lehrbuch Pflegeforschung Methodik, Beurteilung und Anwendung*.** Bern, Schweiz: Hans Huber.

Ramos-Morcillo, A., Fernandez-Salazar, S., Ruzafa-Martinez, M., Del-Pino-Casado, R. (2015). ***Effectiveness of a Brief, Basic Evidence-Based Practice Course for Clinical Nurses.*** Worldviews on Evidence-Based Nursing, 12:4, 199–207.

Rycroft-Malone, J (2004) ***The PARISH framework - a framework for guiding the implementation of evidence-based practice***. Journal of Nursing Care Quality,. 19, 297-304.

Schrems, B. (2009) ***Wissensproduktion in der Pflege*** in Mayer, H. (Hg.) (2009) *Pflegewissenschaft – von der Ausnahme zur Normalität: Ein Beitrag zur inhaltlichen und methodischen Standortbestimmung*. 1. Auflage. Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien. ISBN 978-3-7089-0427-6

Schubert, B., Wrobel, M. (2009). ***Identifizierung von Hindernissen, die die Implementierung von Forschungswissen in die Pflegepraxis hemmen.*** Pflegewissenschaft, 6, 343 – 351.

Schulman, C. (2008). ***Strategies for starting a successful evidence-based practice program****.* AACN Advanced Critical Care, 19(3), 301-11.

Sherriff, K. L., Wallis, M., Chaboyer, W. (2007). ***Nurses' attitudes to and perceptions of knowledge and skills regarding evidencebased practice.*** International Journal of Nursing Practice, 13, 363-369.

SJKH – Sankt Josef Krankenhaus (2017a) ***Tumorzentrum St. Josef*****.** Zugang am: 20.09.2018 unter: https://www.sjk-wien.at/medizin-pflege/tumorzentrum-st-josef/

SJKH – Sankt Josef Krankenhaus (2017b) ***Über uns*****.** 20.09.2018 unter: https://www.sjk-wien.at/ueber-uns/

Smoliner, A. (2014). ***Konzeptbeschreibung Evidence-based Nursing***. Wien: Rudolfinerhaus.

Soukup, M., McCleish, J. (2008). ***Advancing evidence-based practice: a program series****The Journal of Continuing Education in Nursin.* 39(9):402-6.

Spektrum - Lexikon für Psychologie und Pädagogik. (2016). ***Definition von Einstellung***. Unter: http://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/einstellungen/3914. Zugriff am: 27.11.2016

Spicker, I. (2001) ***PROFESSIONALISIERUNG DER PFLEGE - Die Sicht von Pflegenden in der Praxis: Eine qualitative Untersuchung zu Wahrnehmung und Einschätzung ausgewählter Professionalisierungsaspekte durch Pflegende in Wien.*** Universität Wien, 2001.

Squires, J.E., Estabrooks, C.A., O'Rouke, H.M., Gustavsson, P., Newburn-Cook, C.V. & Wallin, L. (2011). ***A systematic review of the psychometric properties of self-report research utilization measures used in healthcare.*** Implementation Science, 6:83.

Statistik Austria (2018) ***Bildung in Zahlen 2016/17: Schlüsselindikatoren und Analysen***. MDH-Media GmbH. ISBN 978-3-903106-77-2

Stiff, P. (2005) ***Coding für Mucositis***. ICD-9-CM Coordination and Maintenance Comittee Meeting. Loyola University Medical Center. Illinois.

Valente dos Santos Cartaxo, A., Holub, I. (2015) ***Prävention von Mundschleimhautinfektionen bei onkologischen PatientInnen***. SJKH - Vinzenz Gruppe, Wien.

Valente dos Santos Cartaxo, A., Holub, I. (2016) ***Mundpflegepass mit PatientInnentagebuch***. SJKH - Vinzenz Gruppe, Wien.

Wallin, L., Boström, A., Gustavsson, P. (2012). ***Capability beliefs regarding evidence-based practice are associated with application of EBP and research use: Validation of a new measure***. Worldviews on Evidence-Based Nursing, 9 (3), 139 – 148.

Walsh, M., Ford, P. (1989) ***Nursing Rituals, Research and Rational Action***. Oxford: Butterworth Heinemann Nursing. ISBN 978-0750600972.

Weiß, C. (2013) ***Basiswissen Medizinische Statistik*****.** 6. Auflage. Springer-Verlag Berlin Heidelberg. ISBN-13 978-3-642-34260-8

WHO (2003) ***Strategic directions for strengthening nursing midwifery services 2002–2008***. BRIEF produced by the Global Network of WHO Collaborating Centres for Nursing and Midwifery Development. Genf, Schweiz. Unter: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery /strategic_directions_brief.pdf. Zugriff am: 27.11.2016.

11.2 Anhangsverzeichnis

1. Genehmigung des Feldzuganges seitens der Pflegedirektion iii

2. Genehmigung des Feldzuganges seitens der Ethikkommission v

3. Informationsschreiben für Pflegepersonen für die Einwilligung zur Teilnahme an der Erhebung der Einstellungen gegenüber Forschungsanwendung bevor und nach einem Schulungsprogramm auf einem onkologischen Krankenhaussetting vii

4. Fragebogen zur Anwendung von Forschung in der Pflege von Champion und Leach (1989), Inhaltsvalidität nach Polit, Beck und Hungler (2004), deutsche Übersetzung, Pretest, Validität- und Reliabilitätsanalyse nach Haslinger-Baumann, Lang und Müller (2014) – 1. Erhebung ix

5. Fragebogen zur Anwendung von Forschung in der Pflege von Champion und Leach (1989), Inhaltsvalidität nach Polit, Beck und Hungler (2004), deutsche Übersetzung, Pretest, Validität- und Reliabilitätsanalyse nach Haslinger-Baumann, Lang und Müller (2014) – 2. Erhebung xi

6. Codeplan xiii

1. Genehmigung des Feldzuganges seitens der Pflegedirektion

Pflegedirektion
Elisabeth Marcher
Pflegedirektorin
TEL: (+43 1) 878 44-8090
FAX: (+43 1) 87844-4155
E-MAIL: elisabeth.marcher@sjk-wien.at

Wien, 2015-09-01

Genehmigung

Hiermit wird genehmigt, dass Fr. Ana Cartaxo im Rahmen Ihres Masterstudiums am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien für die Erstellung eines evidenzbasierten Pflegestandards zum Thema: *Pflegeinterventionen zur Prävention von Mundschleimhautinfektionen bei PatientInnen unter Chemo- und/oder Strahlentherapie*:

- Experteninterviews mit im Vorfeld genannten Pflegepersonen führt, sowie
- Fragebögen an im Vorfeld genannte Pflegepersonen austeilt,

sofern diese vorab durch ihre jeweilige Bereichsleitung informiert wurden und mit der Erhebung einverstanden sind.

Beste Grüße
St. Josef Krankenhaus GmbH

Elisabeth Marcher BSc.
Pflegedirektorin

St. Josef Krankenhaus GmbH Auhofstraße 189 A-1130 Wien
FN 185577 h HG Wien DVR 1034251 UID ATU48704807
+43 1 878 44-0 www.sjk-wien.at
+43 1 878 44-4050 office@sjk-wien.at
www.vinzenzgruppe.at

2. Genehmigung des Feldzuganges seitens der Ethikkommission

ST. JOSEF-KRANKENHAUS
SCHWESTERN SALVATORIANERINNEN

VOTUM ETHIKKOMMISSION

Wien, 13.10.2015

Studientitel:
"Pflegeintervention zur Prävention von Mundschleimhautinfektionen bei PatientInnen unter Chemo- und/oder Strahlentherapie"
LIC. VALENTE DOS SANTOS CARTAXO Anna Raquel

Die oben genannte Studie wurde durch alle teilnehmenden Mitglieder an der Ethikkommission am 13.10.2015 bewilligt.

Dr. Stefan Dinges
Leitung Ethikkommission St. Josef Krankenhaus

Sr. Carmen Maria Weiß, SDS
Wertemanagement St. Josef Krankenhaus

3. Informationsschreiben für Pflegepersonen für die Einwilligung zur Teilnahme an der Erhebung der Einstellungen gegenüber Forschungsanwendung bevor und nach einem Schulungsprogramm auf einem onkologischen Krankenhaussetting

universität wien

Fakultät für Sozialwissenschaften
Institut für Pflegewissenschaft

ST. JOSEF-KRANKENHAUS
SCHWESTERN SALVATORIANERINNEN

Informationsschreiben zum Forschungsprojekt

Einstellungen von Pflegepersonen gegenüber evidenzbasierter Pflege bevor und nach der Entwicklung eines EBN basierten Pflegestandards auf einem onkologischen Krankenhaussetting

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

bitte lesen Sie den nachfolgenden Text sorgfältig durch und unterschreiben Sie nur, wenn Sie einer Teilnahme an der Studie zustimmen.

Es wird an Ihrer Institution die Entwicklung eines evidenzbasierten Pflegestandards zur **Prävention von Mundschleimhautinfektionen bei onkologischen PatientInnen unter Chemo- und Strahlentherapie** gefördert, mit Einbeziehung von Experten und deren Meinungen, Patientenpräferenzen und verschiedenen hausinternen Daten.

Dieser evidenzbasierten Pflegestandard wird dann für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Vinzenz Gruppe zur Verfügung gestellt und wird durch Einschulungs- und Fortbildungsveranstaltungen in die tägliche Pflegepraxis näher gebracht. Ziel ist die Pflegequalität bei der Prävention von Mundschleimhautinfektionen durch im aktuellsten Stand des Wissens Interventionen zu erhöhen und Patientenoutcomes bezüglich oraler Mukositis im onkologischen Bereich kontinuierlich zu verbessern.

In diesem Kontext, versucht die Studierende des Masterstudiums Pflegewissenschaft der Universität Wien zu verstehen, ob durch dieses Projekt, die Einstellungen gegenüber und die Anwendung von Forschungs- und EBN-Ressourcen seitens der Pflegepersonen sich über die Zeit hinaus ändert.

Dafür werden in zwei verschiedenen Zeitpunkten Fragebogen von der Pflegepersonen ausgefüllt, bevor und nach der Durchführung und Präsentation des EBN-Standards in Ihrer Institution, die schlussendlich verglichen werden.

Ihre Antworten werden ***anonym und vertraulich*** behandelt und so ausgewertet, dass keine Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich sind. Ihre Daten werden ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet und unmittelbar nach der Auswertung gelöscht. Es werden keinerlei Informationen über Ihre Person im Datenmaterial erscheinen. Das gilt auch für eine etwaige Publikation der Forschungsergebnisse. Sie werden gerne nach Ende des Forschungsprojektes über die Ergebnisse der Untersuchung informiert.

Ihre Teilnahme an der Befragung ist ***freiwillig*** und kann jederzeit Ihrerseits ohne Angabe von Gründen abgebrochen werden.

Das Ausfüllen des Fragenbogens dauert voraussichtlich 15 Minuten.

Bitte geben Sie das Kuvert beim Empfang / bei der Anmeldung mit der Aufschrift „EBN-Standard“ ab oder übermitteln sie dieses bitte an Ihrer Stationsleitung. Die unterschriebene Einwilligungserklärung geben Sie bitte der zuständigen Person, welche Ihnen den Fragebogen gegeben hat, ab.

Sollten Sie Fragen haben, können Sie gerne per E-Mail oder telefonisch Kontakt mit mir aufnehmen.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Zusammenarbeit!

LIC. VALENTE DOS SANTOS CARTAXO Ana Raquel, DGKS

Kontakt:

Ana Cartaxo

AnaRaquel.ValenteDosSantos@bhs.at

+43 664 9329237

universität wien

Fakultät für Sozialwissenschaften
Institut für Pflegewissenschaft

ST. JOSEF-KRANKENHAUS
SCHWESTERN SALVATORIANERINNEN

Einverständniserklärung

EBN-Anwendung und Einstellungen von Pflegepersonen in der Praxis bevor und nach der Entwicklung eines EBN basierten Pflegestandards auf einem onkologischen Krankenhaussetting

Ich stimme der Teilnahme an der Befragung zur „EBN-Anwendung und -Einstellungen von Pflegepersonen in der Praxis bevor und nach der Entwicklung eines EBN basierten Pflegestandards auf einem onkologischen Krankenhaussetting“ freiwillig zu. Ich verstehe, das Ziel der Befragung. Ich hatte die Möglichkeit Fragen zu stellen und habe diese in ausreichender Weise beantwortet bekommen.

Ich habe das Recht, die Befragung zu jedem Zeitpunkt ohne Angabe von Gründen abzubrechen. Ein Abbruch wird meine weitere Behandlung nicht negativ beeinflussen.

Ich bin mir bewusst, dass meine Daten anonymisiert im Sinne der Befragung ausgewertet werden und stimme dem zu.

Ort und Datum

Vor- und Nachname (BLOCKBUCHSTABEN) und Unterschrift der teilnehmenden Person

LIC. CARTAXO Ana, DGKS

4. Fragebogen zur Anwendung von Forschung in der Pflege von Champion und Leach (1989), Inhaltsvalidität nach Polit, Beck und Hungler (2004), deutsche Übersetzung, Pretest, Validität- und Reliabilitätsanalyse nach Haslinger-Baumann, Lang und Müller (2014) – 1. Erhebung

universität wien

ST. JOSEF-KRANKENHAUS
SCHWESTERN SALVATORIANERINNEN

Fragebogen zur Anwendung von Forschung in der Pflege von Champion und Leach (1989)

Inhaltsvalidität nach Polit et al. (2004)

deutsche Übersetzung, Pretest, Validität- und Reliabilitätsanalyse nach Haslinger-Baumann, Lang und Müller (2014)

Darstellung nach Valente dos Santos Cartaxo (2015)

A. Geben Sie durch Ankreuzen des entsprechenden Kästchens an, inwieweit die nachstehend angeführten Personen die Anwendung von Forschungsergebnissen in der Praxis unterstützen.

SPSS Codierung A		**Unterstützung *"Support"* (Item A 1 bis A 9)** (Code 99 für keine Angabe (f.k.A.))	**1** sehr oft	**2** oft	**3** manch-mal	**4** selten	**5** nie
A01	**1**	Kollege/n, Kollegin/innen in meinem Bereich	☐	☐	☐	☐	☐
A02	**2**	Stationsschwester, Stationspfleger	☐	☐	☐	☐	☐
A03	**3**	Oberschwester, Oberpfleger	☐	☐	☐	☐	☐
A04	**4**	Pflegedirektorin, Pflegedirektor	☐	☐	☐	☐	☐
A05	**5**	Ärzte und Ärztinnen, mit denen ich zusammenarbeite	☐	☐	☐	☐	☐
A06	**6**	Physiotherapeut/innen in meinem Bereich	☐	☐	☐	☐	☐
A07	**7**	Schuldirektorin, Schuldirektor	☐	☐	☐	☐	☐
A08	**8**	Pflegeberater, Pflegeberaterin/innen	☐	☐	☐	☐	☐
A09	**9**	Sonstige Personen	☐	☐	☐	☐	☐
A09s		und zwar: _____					

B. Geben Sie durch Ankreuzen des entsprechenden Kästchens an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen bzw. sie ablehnen.

SPSS Codierung B		**Einstellung *„Attitude“* (Item B 1 bis B 21)** (Code 99 für keine Angabe (f.k.A.))	**1** stimme völlig	**2** stimme eher zu	**3** weder noch	**4** lehne eher ab	**5** lehne völlig ab
B01	**1**	Ich würde mein Vorgehen in der Praxis aufgrund von Forschungsergebnissen ändern.	☐	☐	☐	☐	☐
B02	**2**	Ich möchte mein Vorgehen in der Praxis auf Forschungserkenntnissen stützen.	☐	☐	☐	☐	☐
B03	**3**	Die Integration von Forschungserkenntnissen hilft mir, meine Ziele als Pflegeperson zu erreichen.	☐	☐	☐	☐	☐
B04	**4**	Gesundheits- und Krankenpflege sollte sich auf Forschungserkenntnisse stützen.	☐	☐	☐	☐	☐
B05	**5**	Mehr Pflegepersonen sollten Forschungsergebnisse in ihre Pflegepraxis integrieren.	☐	☐	☐	☐	☐
B06	**6**	Die Auseinandersetzung mit Forschungserkenntnissen ist für mich eine Zeitverschwendung.	☐	☐	☐	☐	☐
B07	**7**	Das Verstehen von Forschungsergebnissen hilft mir, meine Tätigkeit professionell auszuführen.	☐	☐	☐	☐	☐

Projektverantwortlicher: Lic. Ana Cartaxo, DGKS - AnaRaquel.ValenteDosSantos@bhs.at - +43 664 9329237

SPSS Codierung B		**Einstellung *„Attitude“* (Item B 1 bis B 21)** *Fortsetzung* (Code 99 für keine Angabe (f.k.A.))	**1** stimme völlig	**2** stimme eher zu	**3** weder noch	**4** lehne eher ab	**5** lehne völlig ab
B08	**8**	Ich finde Forschung spannend.	☐	☐	☐	☐	☐
B09	**9**	Forschung hat einen stimulierenden Effekt.	☐	☐	☐	☐	☐
B10	**10**	Forschung ist verstehbar.	☐	☐	☐	☐	☐
B11	**11**	Forschung ist notwendig, um die Pflegepraxis ständig zu verbessern.	☐	☐	☐	☐	☐
B12	**12**	Mit Hilfe der Forschung wird eine wissenschaftliche Fundierung für die Pflegepraxis geschaffen.	☐	☐	☐	☐	☐
B13	**13**	Forschung ist ein ödes, langweiliges Thema.	☐	☐	☐	☐	☐
B14	**14**	Der Gedanke an Forschung spricht mich überhaupt nicht an.	☐	☐	☐	☐	☐
B15	**15**	Forschungsergebnisse lassen sich in meine Tätigkeit nicht integrieren.	☐	☐	☐	☐	☐
B16	**16**	Die Erkenntnisse aus der Forschung sind für die Anwendung in der Pflegepraxis nicht relevant.	☐	☐	☐	☐	☐

SPSS Codierung B		**Verfügbarkeit *„Availability“* (Item B 22 bis B 28)** (Code 99 für keine Angabe (f.k.A.))	**1** stimme völlig	**2** stimme eher zu	**3** weder noch	**4** lehne eher ab	**5** lehne völlig ab
B17	**17**	Auf meiner Station habe ich Zugang zu Forschungsergebnissen.	☐	☐	☐	☐	☐
B18	**18**	In meinem Fach habe ich Zugang zu Forschungsergebnissen.	☐	☐	☐	☐	☐
B19	**19**	Ich habe während meines Dienstes Zeit, Forschungsergebnisse zu lesen.	☐	☐	☐	☐	☐
B20	**20**	Meine Kolleginnen und Kollegen machen mich auf aktuelle Forschungsergebnisse aufmerksam.	☐	☐	☐	☐	☐
B21	**21**	In meinem Fachbereich wird Pflegeforschung betrieben.	☐	☐	☐	☐	☐

SPSS Codierung B		**Anwendung *„Use“* (Item B29 bis B38)** (Code 99 für keine Angabe (f.k.A.))	**1** stimme völlig	**2** stimme eher zu	**3** weder noch	**4** lehne eher ab	**5** lehne völlig ab
B22	**22**	Ich stütze mein Vorgehen in der Pflegepraxis auf Forschungserkenntnissen.	☐	☐	☐	☐	☐
B23	**23**	Meine Entscheidungen die Pflegepraxis betreffend stützen sich auf Forschungserkenntnissen.	☐	☐	☐	☐	☐
B24	**24**	Im pflegerischen Alltag wende ich keine Forschungserkenntnisse an.	☐	☐	☐	☐	☐
B25	**25**	Ich integriere Forschungserkenntnisse in meine eigene Pflegepraxis.	☐	☐	☐	☐	☐
B26	**26**	Ich wende Forschungserkenntnisse bei der Planung meiner Pflegetätigkeit an.	☐	☐	☐	☐	☐
B27	**27**	Forschungserkenntnisse dienen mir als Bestätigung meines Vorgehens in der Pflegepraxis.	☐	☐	☐	☐	☐
B28	**28**	Ich unterstütze andere dabei, Forschungserkenntnisse in die Pflegepraxis umzusetzen.	☐	☐	☐	☐	☐
B29	**29**	Meine Pflegetätigkeit wird von Forschungserkenntnissen geleitet.	☐	☐	☐	☐	☐
B30	**30**	Ich kann Forschungserkenntnisse nicht in meine Tätigkeiten integrieren.	☐	☐	☐	☐	☐
B31	**31**	Ich wähle jene Forschungserkenntnisse aus, die einen Bezug zur klinischen Praxis haben.	☐	☐	☐	☐	☐

Projektverantwortlicher: Lic. Ana Cartaxo, DGKS - AnaRaquel.ValenteDosSantos@bhs.at - +43 664 9329237

C. Demographische Daten. Bitte kreuzen Sie die für Sie passenden Aussagen an.

SPSS Codierung		**Geben Sie bitte Ihren höchsten Bildungsabschluss an.** (Code 0 nicht genannt, Code 99 f.k.A.)	1
C01_1	1	Diplom für Gesundheits- und Krankenpflege	☐
C01_2	2	Baccalaureate in Pflege	☐
C01_3	2.1	Baccalaureate in einer anderen Disziplin, z.B. Soziologie	☐
C01_3s		Welcher: _____	
C01_4	3	Magister in Pflege	☐
C01_5	3.1	Magister in einer anderen Disziplin	☐
C01_5s		Welcher: _____	
C01_6	4	Master in Pflege	☐
C01_7	4.1	Master in einer anderen Disziplin	☐
C01_7s		Welcher: _____	
C01_8	5	Doktorat in Pflege	☐
C01_9	5.1	Doktorat in einer anderen Disziplin	☐
C01_10	6	Sonstiger Abschluss (z.B. Zusatzausbildung)	☐
C01_10s		Welche/r: _____	
C01_11	7	Zur Zeit studiere ich:	☐
C01_11s		_____	

SPSS Codierung		(Code 99 für keine Angabe (f.k.A.))	1 **Ja**	2 **Nein**
C02	8	Hatten Sie in Ihrer Grundausbildung den Gegenstand Pflegeforschung?	☐	☐
C03	9	Hatten Sie in Ihrer Grundausbildung den Gegenstand Evicence Based Nursing?	☐	☐
C04	10	Legten Sie während Ihres Studiums eine Statistikprüfung ab?	☐	☐

SPSS Codierung		**In welchem Bereich arbeiten Sie?** *Mehrfachnennungen möglich* (Code 0 nicht genannt, Code 99 f.k.A.)	1
C05_1	11	Station	☐
C05_1s		Welcher Bereich: _____	
C05_2	12	Ambulanz	☐
C05_2s		Welcher Bereich: _____	
C05_3	13	Leitend	☐
C05_3s		Welcher Bereich: _____	
C05_4	14	Lehrend	☐
C05_4s		Welcher Schwerpunkt _____	
C05_5	15	Beratung	☐
C05_5s		Welcher Schwerpunkt _____	
C05_6	16	Sonstiger Bereich	☐
C05_6s		Welcher: _____	

SPSS Codierung		**Absolvierten Sie Kurse / Veranstaltungen in Evidence Based Nursing?** **Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.** (Code 99 für keine Angabe (f.k.A.))	1 absolviert	2 nicht absolviert
C06_1	17	*Kurs 1:* Literatursuche in pflegerelevanten Literaturdatenbanken	☐	☐
C06_2	18	*Kurs 2:* Lesen und kritische Bewertung von Fachliteratur	☐	☐
C06_3	19	*Kurs 3:* Assessmentinstrumente und ihre kritische Bewertung	☐	☐
C06_4	20	*Kurs 4:* Evidence Based Practice – Anwendung von Forschungsergebnissen	☐	☐
C06_5	21	*Kurs 5:* Evidenzbasierter Unterricht (Evidence Based Teaching – EBT)	☐	☐
C06_6	22	Sonstige Veranstaltungen zu Evidence-based Nursing	☐	☐
C06_6s		Welche: _____		

SPSS Codierung		(Code 99 für keine Angabe (f.k.A.))	1 sehr oft	2 oft	3 manch-mal	4 selten	5 nie
C07	23	Wie oft besuchten Sie Veranstaltungen zum Thema Evidence-based Nursing?	☐	☐	☐	☐	☐
C08	24	Wie oft besuchten Sie Veranstaltungen zum Thema Pflegeforschung?	☐	☐	☐	☐	☐

SPSS		**Geschlecht:**	1 **weiblich**	2 **männlich**
C9	25	(Code 99 für keine Angabe (f.k.A.))	☐	☐

C10	26	**Alter:**	_____ Jahren
C11	27	**Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie in der Pflegepraxis?**	Seit _____ Jahren

SPSS Codierung		(Code 99 für keine Angabe (f.k.A.))	1 sehr oft	2 oft	3 manch-mal	4 selten	5 nie
C12	28	Wie oft verwenden Sie Forschungsergebnisse für Ihre pflegerische Praxis?	☐	☐	☐	☐	☐
C13	29	Wie oft suchen Sie für Ihre pflegerische Arbeit nach Forschungsergebnissen?	☐	☐	☐	☐	☐

D. Bitte beantworten Sie die folgende Fragen nur, wenn Sie mindestens einen Kurs zu Evidence-based Nursing (EBN) oder ähnliche Veranstaltungen besucht haben.

SPSS Codierung		(Code 99 für keine Angabe (f.k.A.))	1 vollkommen richtig	2 eher richtig	3 weder noch	4 eher nicht richtig	5 überhaupt nicht richtig
D1	1	Meine Einstellung zur Anwendung von Forschung hat sich durch den Besuch der EBN Kurse / ähnlicher Veranstaltungen verbessert.	☐	☐	☐	☐	☐
D2	2	Wenn ich in meinem pflegerischen Arbeitsbereich unterstützt werde, wende ich Forschung jetzt eher an als vor den EBN Kursen / ähnlichen Veranstaltungen.	☐	☐	☐	☐	☐
D3	3	Ich suche bzw. finde gezielt Forschungsarbeiten seit ich die EBN Kurse / ähnliche Veranstaltungen absolviert habe.	☐	☐	☐	☐	☐
D4	4	Seit ich die EBN Kurse / ähnliche Veranstaltungen absolviert habe, weiß ich, wie Forschung in die Praxis umgesetzt werden kann.	☐	☐	☐	☐	☐

D5	5	**Vor wie viel Jahren haben Sie EBN Kurse /ähnliche Veranstaltungen besucht?**	Vor _____ Jahren

E1	1	**Möchten Sie noch etwas sagen?**

5. Fragebogen zur Anwendung von Forschung in der Pflege von Champion und Leach (1989), Inhaltsvalidität nach Polit, Beck und Hungler (2004), deutsche Übersetzung, Pretest, Validität- und Reliabilitätsanalyse nach Haslinger-Baumann, Lang und Müller (2014) – 2. Erhebung

universität wien

ST. JOSEF-KRANKENHAUS
SCHWESTERN SALVATORIANERINNEN

Fragebogen zur Anwendung von Forschung in der Pflege von Champion und Leach (1989)

Inhaltsvalidität nach Polit et al. (2004)

deutsche Übersetzung, Pretest, Validität- und Reliabilitätsanalyse nach Haslinger-Baumann, Lang und Müller (2014)

Darstellung nach Valente dos Santos Cartaxo (2015)

A. Geben Sie durch Ankreuzen des entsprechenden Kästchens an, inwieweit die nachstehend angeführten Personen die Anwendung von Forschungsergebnissen in der Praxis unterstützen.

SPSS Codierung A		Unterstützung *"Support"* (Item A 1 bis A 9) (Code 99 für keine Angabe (f.k.A.))	1 sehr oft	2 oft	3 manch-mal	4 selten	5 nie
A01	1	Kollege/n, Kollegin/innen in meinem Bereich	☐	☐	☐	☐	☐
A02	2	Stationsschwester, Stationspfleger	☐	☐	☐	☐	☐
A03	3	Oberschwester, Oberpfleger	☐	☐	☐	☐	☐
A04	4	Pflegedirektorin, Pflegedirektor	☐	☐	☐	☐	☐
A05	5	Ärzte und Ärztinnen, mit denen ich zusammenarbeite	☐	☐	☐	☐	☐
A06	6	Physiotherapeut/innen in meinem Bereich	☐	☐	☐	☐	☐
A07	7	Schuldirektorin, Schuldirektor	☐	☐	☐	☐	☐
A08	8	Pflegeberater, Pflegeberaterin/innen	☐	☐	☐	☐	☐
A09	9	Sonstige Personen	☐	☐	☐	☐	☐
A09s		und zwar: _____					

B. Geben Sie durch Ankreuzen des entsprechenden Kästchens an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen bzw. sie ablehnen.

SPSS Codierung B		Einstellung *„Attitude“* (Item B 1 bis B 21) (Code 99 für keine Angabe (f.k.A.))	1 stimme völlig zu	2 stimme eher zu	3 weder noch	4 lehne eher ab	5 lehne völlig ab
B01	1	Ich würde mein Vorgehen in der Praxis aufgrund von Forschungsergebnissen ändern.	☐	☐	☐	☐	☐
B02	2	Ich möchte mein Vorgehen in der Praxis auf Forschungserkenntnissen stützen.	☐	☐	☐	☐	☐
B03	3	Die Integration von Forschungserkenntnissen hilft mir, meine Ziele als Pflegeperson zu erreichen.	☐	☐	☐	☐	☐
B04	4	Gesundheits- und Krankenpflege sollte sich auf Forschungserkenntnisse stützen.	☐	☐	☐	☐	☐
B05	5	Mehr Pflegepersonen sollten Forschungsergebnisse in ihre Pflegepraxis integrieren.	☐	☐	☐	☐	☐
B06	6	Die Auseinandersetzung mit Forschungserkenntnissen ist für mich eine Zeitverschwendung.	☐	☐	☐	☐	☐
B07	7	Das Verstehen von Forschungsergebnissen hilft mir, meine Tätigkeit professionell auszuführen.	☐	☐	☐	☐	☐

Projektverantwortlicher: Lic. Ana Cartaxo, DGKS - AnaRaquel.ValenteDosSantos@bhs.at - +43 664 9329237

SPSS Codierung B		**Einstellung *„Attitude“* (Item B 1 bis B 21)** *Fortsetzung* (Code 99 für keine Angabe (f.k.A.))	**1** stimme völlig	**2** stimme eher zu	**3** weder noch	**4** lehne eher ab	**5** lehne völlig ab
B08	**8**	Ich finde Forschung spannend.	☐	☐	☐	☐	☐
B09	**9**	Forschung hat einen stimulierenden Effekt.	☐	☐	☐	☐	☐
B10	**10**	Forschung ist verstehbar.	☐	☐	☐	☐	☐
B11	**11**	Forschung ist notwendig, um die Pflegepraxis ständig zu verbessern.	☐	☐	☐	☐	☐
B12	**12**	Mit Hilfe der Forschung wird eine wissenschaftliche Fundierung für die Pflegepraxis geschaffen.	☐	☐	☐	☐	☐
B13	**13**	Forschung ist ein ödes, langweiliges Thema.	☐	☐	☐	☐	☐
B14	**14**	Der Gedanke an Forschung spricht mich überhaupt nicht an.	☐	☐	☐	☐	☐
B15	**15**	Forschungsergebnisse lassen sich in meine Tätigkeit nicht integrieren.	☐	☐	☐	☐	☐
B16	**16**	Die Erkenntnisse aus der Forschung sind für die Anwendung in der Pflegepraxis nicht relevant.	☐	☐	☐	☐	☐

SPSS Codierung B		**Verfügbarkeit *„Availability“* (Item B 22 bis B 28)** (Code 99 für keine Angabe (f.k.A.))	**1** stimme völlig zu	**2** stimme eher zu	**3** weder noch	**4** lehne eher ab	**5** lehne völlig ab
B17	**17**	Auf meiner Station habe ich Zugang zu Forschungsergebnissen.	☐	☐	☐	☐	☐
B18	**18**	In meinem Fach habe ich Zugang zu Forschungsergebnissen.	☐	☐	☐	☐	☐
B19	**19**	Ich habe während meines Dienstes Zeit, Forschungsergebnisse zu lesen.	☐	☐	☐	☐	☐
B20	**20**	Meine Kolleginnen und Kollegen machen mich auf aktuelle Forschungsergebnisse aufmerksam.	☐	☐	☐	☐	☐
B21	**21**	In meinem Fachbereich wird Pflegeforschung betrieben.	☐	☐	☐	☐	☐

SPSS Codierung B		**Anwendung *„Use“* (Item B29 bis B38)** (Code 99 für keine Angabe (f.k.A.))	**1** stimme völlig zu	**2** stimme eher zu	**3** weder noch	**4** lehne eher ab	**5** lehne völlig ab
B22	**22**	Ich stütze mein Vorgehen in der Pflegepraxis auf Forschungserkenntnissen.	☐	☐	☐	☐	☐
B23	**23**	Meine Entscheidungen die Pflegepraxis betreffend stützen sich auf Forschungserkenntnissen.	☐	☐	☐	☐	☐
B24	**24**	Im pflegerischen Alltag wende ich keine Forschungserkenntnisse an.	☐	☐	☐	☐	☐
B25	**25**	Ich integriere Forschungserkenntnisse in meine eigene Pflegepraxis.	☐	☐	☐	☐	☐
B26	**26**	Ich wende Forschungserkenntnisse bei der Planung meiner Pflegetätigkeit an.	☐	☐	☐	☐	☐
B27	**27**	Forschungserkenntnisse dienen mir als Bestätigung meines Vorgehens in der Pflegepraxis.	☐	☐	☐	☐	☐
B28	**28**	Ich unterstütze andere dabei, Forschungserkenntnisse in die Pflegepraxis umzusetzen.	☐	☐	☐	☐	☐
B29	**29**	Meine Pflegetätigkeit wird von Forschungserkenntnissen geleitet.	☐	☐	☐	☐	☐
B30	**30**	Ich kann Forschungserkenntnisse nicht in meine Tätigkeiten integrieren.	☐	☐	☐	☐	☐
B31	**31**	Ich wähle jene Forschungserkenntnisse aus, die einen Bezug zur klinischen Praxis haben.	☐	☐	☐	☐	☐

Projektverantwortlicher: Lic. Ana Cartaxo, DGKS - AnaRaquel.ValenteDosSantos@bhs.at - +43 664 9329237

C. Demographische Daten. Bitte kreuzen Sie die für Sie passenden Aussagen an.

SPSS Codierung		**Geben Sie bitte Ihren höchsten Bildungsabschluss an.** (Code 0 nicht genannt, Code 99 f.k.A.)	1
C01_1	1	Diplom für Gesundheits- und Krankenpflege	☐
C01_2	2	Baccalaureate in Pflege	☐
C01_3	2,1	Baccalaureate in einer anderen Disziplin, z.B. Soziologie	☐
C01_3s		Welcher: _____	
C01_4	3	Magister in Pflege	☐
C01_5	3,1	Magister in einer anderen Disziplin	☐
C01_5s		Welcher: _____	
C01_6	4	Master in Pflege	☐
C01_7	4,1	Master in einer anderen Disziplin	☐
C01_7s		Welcher: _____	
C01_8	5	Doktorat in Pflege	☐
C01_9	5,1	Doktorat in einer anderen Disziplin	☐
C01_10	6	Sonstiger Abschluss (z.B. Zusatzausbildung)	☐
C01_10s		Welche/r: _____	
C01_11	7	Zur Zeit studiere ich:	☐
C01_11s		_____	

SPSS Codierung		(Code 99 für keine Angabe (f.k.A.))	1 **Ja**	2 **Nein**
C02	8	Hatten Sie in Ihrer Grundausbildung den Gegenstand Pflegeforschung?	☐	☐
C03	9	Hatten Sie in Ihrer Grundausbildung den Gegenstand Evicence Based Nursing?	☐	☐
C04	10	Legten Sie während Ihres Studiums eine Statistikprüfung ab?	☐	☐

SPSS Codierung		**In welchem Bereich arbeiten Sie?** *Mehrfachnennungen möglich* (Code 0 nicht genannt, Code 99 f.k.A.)	1
C05_1	11	Station	☐
C05_1s		Welcher Bereich: _____	
C05_2	12	Ambulanz	☐
C05_2s		Welcher Bereich: _____	
C05_3	13	Leitend	☐
C05_3s		Welcher Bereich: _____	
C05_4	14	Lehrend	☐
C05_4s		Welcher Schwerpunkt _____	
C05_5	15	Beratung	☐
C05_5s		Welcher Schwerpunkt _____	
C05_6	16	Sonstiger Bereich	☐
C05_6s		Welcher: _____	

SPSS Codierung		**Haben Sie an den folgenden Schulungsveranstaltungen teilgenommen?** **Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.** (Code 99 für keine Angabe (f.k.A.))	1 teilgenommen	2 nicht teilgenommen
C06_1	**17**	*Veranstaltung 1: Projektvorstellung* ***"EBN: ein gemeinsames Projekt auf einem onkologischen Krankenhaussetting"*** *(Teambesprechungen zwischen Oktober/Dezember 2015)*	☐	☐
C06_2	**18**	*Veranstaltung 2:* Lesen des Artikels Smoliner, A. (2008) **Konzeptbeschreibung Evidence-based Nursing Rudorfilnerhaus Wien** *(auf der jeweiligen Station: April/Mai 2016)*	☐	☐
C06_3	**19**	*Veranstaltung 3: Lesen des Posters* ***"Evidence Based Nursing: Konzepte und Wege in die Pflegeentwicklung"*** *(auf der jeweiligen Station: April/Mai 2016)*	☐	☐
C06_4	**20**	*Veranstaltung 4:* ***"Prävention von Mundschleimhautinfektionen bei onkologischen PatientInnen: Abläufe und erste Ergebnisse"*** *(Teambesprechungen zwischen Mai/Juli 2016)*	☐	☐
C06_5	**21**	*Veranstaltung 5:* Evidenzbasierter Standard *"* ***Pflegeinterventionen zur Prävention von Mundschleimhautinfektionen bei Patienten unter Chemo- und/oder Strahlentherapie*** *"* (auf der jeweiligen Station: Mai/Juli 2016)	☐	☐

SPSS		**Geschlecht:**	1 **weiblich**	2 **männlich**
C9	**25**	(Code 99 für keine Angabe (f.k.A.))	☐	☐
C10	**26**	**Alter:**	_____ Jahren	
C11	**27**	**Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie in der Pflegepraxis?**	Seit _____ Jahren	

SPSS Codierung		(Code 99 für keine Angabe (f.k.A.))	1 sehr oft	2 oft	3 manch-mal	4 selten	5 nie
C12	**28**	Wie oft verwenden Sie Forschungsergebnisse für Ihre pflegerische Praxis?	☐	☐	☐	☐	☐
C13	**29**	Wie oft suchen Sie für Ihre pflegerische Arbeit nach Forschungsergebnissen?	☐	☐	☐	☐	☐

D. Bitte beantworten Sie die folgende Fragen nur, wenn Sie mindestens eine der angebotenen Schulungsveranstaltungen zu Evidence-based Nursing (EBN) besucht haben.

SPSS Codierung		(Code 99 für keine Angabe (f.k.A.))	1 vollkommen richtig	2 eher richtig	3 weder noch	4 eher nicht richtig	5 überhaupt nicht richtig
D1	**1**	Meine Einstellung zur Anwendung von Forschung hat sich durch den Besuch der EBN Veranstaltung verbessert.	☐	☐	☐	☐	☐
D2	**2**	Wenn ich in meinem pflegerischen Arbeitsbereich unterstützt werde, wende ich Forschung jetzt eher an als vor den EBN Veranstaltungen.	☐	☐	☐	☐	☐
D3	**3**	Ich suche bzw. finde gezielt Forschungsarbeiten seit ich die EBN Veranstaltung absolviert habe.	☐	☐	☐	☐	☐
D4	**4**	Seit ich die EBN Veranstaltungen absolviert habe, weiß ich, wie Forschung in die Praxis umgesetzt werden kann.	☐	☐	☐	☐	☐

E1	**1**	**Möchten Sie noch etwas sagen?**

6. Codeplan

Codeplan

Einstellungen von Pflegepersonen gegenüber Forschungsanwendung vor und nach einem Schulungsprogramm über evidenzbasierte Pflege am Beispiel eines onkologischen Krankenhaussettings

Lic. Valente dos Santos Cartaxo, Ana Raquel
Matrikelnummer: 1349156 | a1349156@unet.univie.ac.at

Name	Typ	Spaltenformat	Dezimalstellen	Beschriftung	Werte	Fehlende Werte	Spalten	Ausrichtung	Datenniveau	Rolle
nr	Num.	3	0	**Fragenbogennummer**	**Keine**	Keine	3	Rechts	Nominal	Eingabe
A01_ü	Num.	3	0	**Ü_Kollege**	**{1, sehr oft}** **{2, oft}** **{3, manchmal}** **{4, selten}** **{5, nie}** **{99, keine Angabe}**	99	3	Rechts	Ordinal	Eingabe
A02_ü	Num.	3	0	**Ü_Stationsschwester_pfleger**		99	3	Rechts	Ordinal	Eingabe
A03_ü	Num.	3	0	**Ü_Oberschwester_pfleger**		99	3	Rechts	Ordinal	Eingabe
A04_ü	Num.	3	0	**Ü_Pflegedirektorin**		99	3	Rechts	Ordinal	Eingabe
A05_ü	Num.	3	0	**Ü_Ärzte**		99	3	Rechts	Ordinal	Eingabe
A06_ü	Num.	3	0	**Ü_PhysiotherapeutInnen**		99	3	Rechts	Ordinal	Eingabe
A07_ü	Num.	3	0	**Ü_SchuldirektorIn**		99	3	Rechts	Ordinal	Eingabe
A08_ü	Num.	3	0	**Ü_PflegeberaterIn**		99	3	Rechts	Ordinal	Eingabe
A09_ü	Num.	3	0	**Ü_Sonstige Personen**		99	3	Rechts	Ordinal	Eingabe
A09_üs	Zeichen	30	0	**Ü_Sonstige Personen_wer?**	**Keine**	Keine	3	Links	Nominal	Eingabe
B01_e	Num.	3	0	**E_Praxis aufgrund von Forschungsergebnissen ändern**		99	3	Rechts	Ordinal	Eingabe
B02_e	Num.	3	0	**E_Praxis auf Forschungserkenntnissen stützen**		99	3	Rechts	Ordinal	Eingabe
B03_e	Num.	3	0	**E_Forschungserkenntnissen helfen Ziele zu erreichen**		99	3	Rechts	Ordinal	Eingabe
B04_e	Num.	3	0	**E_GuK sollte sich auf Forschungserkenntnisse stützen**		99	3	Rechts	Ordinal	Eingabe
B05_e	Num.	3	0	**E_Mehr DGKPP sollten Forschungsergebnisse in Pflegepraxis integrieren**		99	3	Rechts	Ordinal	Eingabe
B06_e	Num.	3	0	**E_Auseinandersetzung mit Forschungserkenntnissen ist Zeitverschwendung**		99	3	Rechts	Ordinal	Eingabe
B07_e	Num.	3	0	**E_Verstehen von Forschungsergebnissen helfen Tätigkeit professionell auszuführen**		99	3	Rechts	Ordinal	Eingabe
B08_e	Num.	3	0	**E_Forschung ist spannend**		99	3	Rechts	Ordinal	Eingabe
B09_e	Num.	3	0	**E_Forschung hat stimulierenden Effekt**	**{1, stimme völlig zu}**	99	3	Rechts	Ordinal	Eingabe
B10_e	Num.	3	0	**E_Forschung ist verstehbar**		99	3	Rechts	Ordinal	Eingabe
B11_e	Num.	3	0	**E_Forschung ist notwendig, um Pflegepraxis zu verbessern**		99	3	Rechts	Ordinal	Eingabe
B12_e	Num.	3	0	**E_Forschung schaft wissenschaftliche Fundierung der Pflegepraxis**	**{2, stimme eher zu}**	99	3	Rechts	Ordinal	Eingabe
B13_e	Num.	3	0	**E_Forschung ist langweiliges Thema**		99	3	Rechts	Ordinal	Eingabe
B14_e	Num.	3	0	**E_Forschung spricht mich nicht an**		99	3	Rechts	Ordinal	Eingabe
B15_e	Num.	3	0	**E_Forschungsergebnisse lassen sich inicht integrieren**	**{3, weder noch}**	99	3	Rechts	Ordinal	Eingabe
B16_e	Num.	3	0	**E_Forschungserkenntnisse sind für die Anwendung in Pflegepraxis nicht relevant**		99	3	Rechts	Ordinal	Eingabe
B17_v	Num.	3	0	**V_Auf meiner Station habe ich Zugang zu Forschungsergebnissen**		99	3	Rechts	Ordinal	Eingabe
B18_v	Num.	3	0	**V_In meinem Fach habe ich Zugang zu Forschungsergebnissen**	**{4, lehne eher ab}**	99	3	Rechts	Ordinal	Eingabe
B19_v	Num.	3	0	**V_Während des Dienstes Zeit, Forschungsergebnisse zu lesen**		99	3	Rechts	Ordinal	Eingabe
B20_v	Num.	3	0	**V_KollegInnen machen mich auf Forschungsergebnisse aufmerksam**		99	3	Rechts	Ordinal	Eingabe
B21_v	Num.	3	0	**V_In meinem Fachbereich wird Pflegeforschung betrieben**	**{5, lehne völlig ab}**	99	3	Rechts	Ordinal	Eingabe
B22_a	Num.	3	0	**A_Stütze mein Vorgehen auf Forschungserkenntnissen**		99	3	Rechts	Ordinal	Eingabe
B23_a	Num.	3	0	**A_Stütze meine Entscheidungen Forschungserkenntnissen**	**{99, keine Angabe}**	99	3	Rechts	Ordinal	Eingabe
B24_a	Num.	3	0	**A_Wende keine Forschungserkenntnisse an**		99	3	Rechts	Ordinal	Eingabe
B25_a	Num.	3	0	**A_Integriere Forschungserkenntnisse in Pflegepraxis**		99	3	Rechts	Ordinal	Eingabe
B26_a	Num.	3	0	**A_wende Forschungserkenntnisse bei der Planung meiner Pflegetätigkeit an**		99	3	Rechts	Ordinal	Eingabe
B27_a	Num.	3	0	**A_Forschungserkenntnisse dienen mir als Bestätigung meines Vorgehens**		99	3	Rechts	Ordinal	Eingabe
B28_a	Num.	3	0	**A_Unterstütze andere dabei, Forschungserkenntnisse umzusetzen**		99	3	Rechts	Ordinal	Eingabe
B29_a	Num.	3	0	**A_Meine Pflegetätigkeit wird von Forschungserkenntnissen geleitet**		99	3	Rechts	Ordinal	Eingabe
B30_a	Num.	3	0	**A_Kann nicht Forschungserkenntnisse in Tätigkeiten integrieren**		99	3	Rechts	Ordinal	Eingabe
B31_a	Num.	3	0	**A_Wähle jene Forschungserkenntnisse aus, die Bezug zur Praxis haben**		99	3	Rechts	Ordinal	Eingabe

Name	Typ	Spaltenformat	Dezimalstellen	Beschriftung	Werte	Fehlende Werte	Spalten	Ausrichtung	Datenniveau	Rolle
C01_P	Num.	3	0	**Bildungsabschluss in der Pflege**	**{1, Diplom} {2, Baccalaureate} {3, Magister} {4, Master} {5, Doktorat} {6, Sontiges} {99, keine Angabe}**	99	3	Rechts	Ordinal	Eingabe
C01_a	Num.	3	0	**Bildungsabschluss in anderer Disziplin**	**{1, Baccalaureate} {2, Magister} {3, Master} {4, Doktorat} {99, keine Angabe}**	99	3	Rechts	Ordinal	Eingabe
C01_s	Zeichen	30	0	**Bildungsabschluss in anderer Disziplin_Welche?**	**Keine**	Keine	3	Links	Nominal	Eingabe
C01_ST	Num.	3	0	**Zur Zeit studiere ich**	**{0, nicht genannt} {1, Ja} {99, keine Angabe}**	99	3	Rechts	Nominal	Eingabe
C01_STs	Zeichen	30	0	**Welches Studium studiere ich**	**Keine**	Keine	3	Links	Nominal	Eingabe
C02	Num.	3	0	**Grundausbildung_Pflegeforschung**	**{1, Ja} {2, Nein} {99, keine Angabe}**	99	3	Rechts	Nominal	Eingabe
C03	Num.	3	0	**Grundausbildung_EBN**		99	3	Rechts	Nominal	Eingabe
C04	Num.	3	0	**Grundausbildung_Statistik**		99	3	Rechts	Nominal	Eingabe
C05	Num.	3	0	**berufliche Rolle**	**{1, DGKP_Station} {2, DGKP_Ambulanz} {3, Leitend} {4, Lehrend} {5, Beratung} {1, Sonstiges} {99, keine Angabe}**	99	3	Rechts	Nominal	Eingabe
C05_s	Zeichen	30	0	**Schwerpunkt der Berufsausübung**	**Keine**	Keine	3	Links	Nominal	Eingabe
C06_1	Num.	3	0	**Kurs 1 zu EBN_Literatursuche (1. Erhebung [E]) / Veranstaltung 1 (2. E)**		99	3	Rechts	Nominal	Eingabe
C06_2	Num.	3	0	**Kurs 2 zu EBN_Lesen_Bewertung (1. E) / Veranstaltung 2 (2. E)**		99	3	Rechts	Nominal	Eingabe
C06_3	Num.	3	0	**Kurs 3 zu EBN_Assessmentinstrumente (1. E) / Veranstaltung 3 (2. E)**	**{1, absolviert} {1, nicht absolviert} {99, keine Angabe}**	99	3	Rechts	Nominal	Eingabe
C06_4	Num.	3	0	**Kurs 4 zu EBN_Anwendung (1. E) / Veranstaltung 4 (2. E)**		99	3	Rechts	Nominal	Eingabe
C06_5	Num.	3	0	**Kurs 5 zu EBN_EBN (1. E) / Veranstaltung 5 (2. E)**		99	3	Rechts	Nominal	Eingabe
C06_6	Num.	3	0	**Sonstige Veranstaltungen zu EBN (1. E)**		99	3	Rechts	Nominal	Eingabe
C06_s	Zeichen	30	0	**Sonstige Veranstaltungen zu EBN: Welche? (1. E)**	**Keine**	Keine	3	Links	Nominal	Eingabe
C07	Num.	3	0	**Wie häufig besuchen Sie Veranstaltungen zu EBN?**	**{1, sehr oft} {2, oft} {3, manchmal} {4, selten} {5, nie} {99, keine Angabe}**	99	3	Rechts	Ordinal	Eingabe
C08	Num.	3	0	**Wie häufig besuchen Sie Veranstaltungen zu Pflegeforschung?**		99	3	Rechts	Ordinal	Eingabe
C09_G	Num.	3	0	**Geschlecht**	**{1, weiblich} {2, männlich} {99, keine Angabe}**	99	3	Rechts	Nominal	Eingabe
C10_A	Num.	3	0	**Alter in Jahren**	**Keine**	99	3	Rechts	Metrisch	Eingabe
C11_BE	Num.	3	0	**Berufserfahrung in Jahren**	**Keine**	99	3	Rechts	Metrisch	Eingabe
C12	Num.	3	0	**Wie oft verwenden Sie Forschungsergebnisse?**	**{1, sehr oft} {2, oft} {3, manchmal} {4, selten} {5, nie} {99, keine Angabe}**	99	3	Rechts	Ordinal	Eingabe
C13	Num.	3	0	**Wie oft suchen Sie nach Forschungsergebnissen?**		99	3	Rechts	Ordinal	Eingabe
D01	Num.	3	0	**Einstellung zur Forschungsanwedung hat sich verbessert**	**{1, vollkommen richtig} {2, eher richtig} {3, weder noch} {4, eher nicht richtig} {5, überhaupt nicht richtig} {99, keine Angabe}**	99	3	Rechts	Ordinal	Eingabe
D02	Num.	3	0	**Wenn ich unterstützt werde, Forschungsanwendung hat sich verbessert**		99	3	Rechts	Ordinal	Eingabe
D03	Num.	3	0	**Suche nach gezielten Forschungsarbeiten hat sich verbessert**		99	3	Rechts	Ordinal	Eingabe
D04	Num.	3	0	**Umsetzung der Forschung in die Praxis hat sich verbessert**		99	3	Rechts	Ordinal	Eingabe
D05	Num.	3	0	**Besuch von EBN Kurse - Vor wie viel Jahren?**	**Keine**	99	3	Rechts	Metrisch	Eingabe
E	Zeichen	300	0	**Bemerkungen von DGKPP**	**Keine**	Keine	3	Links	Nominal	Eingabe