

Masterarbeit

Einstellungen von Pflegepersonen zu Mangelernährung in österreichischen Pflegeheimen

eingereicht von

Mag.^a iur. Tanja Wurm, BSc

Geb.Dat.: 15.02.1990

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

(MSc)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Institut für Pflegewissenschaft

unter der Anleitung der Betreuerinnen

Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ rer.cur. Christa Lohrmann

Univ.-Ass. Silvia Schönherr, BSc MSc

Graz, am 18.03.2014

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 18.03.2014

Mag. Tanja Wurm, BSc

Danksagung

Nulla culpa instantior est quam, quae gratiam dicere!

„Keine Schuld ist dringender als die, Danke zu sagen!“

(Marcus Tullius Cicero)

In diesem Sinne möchte ich mich herzlich bei Frau Univ. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Christa Lohrmann für die Unterstützung und Betreuung bei meiner Masterarbeit bedanken.

Besonderer Dank gilt auch Frau Univ.-Ass.ⁱⁿ Silvia Schönherr, BSc, MSc, die mir während der Erstellung dieser Arbeit 24/7 und mit viel Geduld zur Seite gestanden hat.

Mein Dank gilt außerdem meiner lieben Chefin Univ.Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Evelyn Höbenreich. Vielen Dank für deine Unterstützung und dafür, dass du mir die Teilnahme an sämtlichen Kolloquien ermöglicht hast.

Besonderer Dank gilt außerdem meiner Mutter Elfriede. Danke für die jahrelange finanzielle und moralische Unterstützung, die den Abschluss meiner Studien ermöglicht hat.

Besonders bedanken möchte ich mich bei meinem Lebensgefährten Günther, der mir bei der Erstellung dieser Arbeit mit Rat und Tat zur Seite gestanden hat.

Außerdem möchte ich mich bei meiner Germanistin des Vertrauens Elisabeth bedanken, die mit viel Geduld zur Perfektion dieser Arbeit beigetragen hat.

DANKE

INHALTSVERZEICHNIS

Inhaltsverzeichnis.....	i
Glossar.....	v
Abkürzungsverzeichnis.....	vii
Abbildungsverzeichnis.....	viii
Tabellenverzeichnis.....	x
Kurzfassung	xiv
Abstract.....	xv
1 Einleitung.....	1
1.1 Definition von Mangelernährung.....	3
1.2 Ursachen von Mangelernährung.....	4
1.3 Folgen der Mangelernährung	6
1.4 Mangelernährung in Pflegeheimen.....	7
1.5 Theoretisches Rahmenwerk	8
2 Literaturübersicht	12
2.1 Suchstrategie	12
2.2 Auswahl der relevanten Studien	13
2.3 Grafische Darstellung des Suchverlaufs.....	14
2.4 Bewertung der eingeschlossenen Studien.....	15
2.5 Ergebnisse der Literaturrecherche.....	17
3 Ziel & Forschungsfragen	21
4 Methode.....	22
4.1 Studiendesign.....	22
4.2 Erhebungsinstrument	22
4.3 Ethikkommission	24
4.4 Datenerhebung.....	24
4.5 Datenanalyse	25
5 Ergebnisse.....	26
5.1 Basischarakteristika der Stichprobe.....	26
5.2 Einstellung von Pflegepersonen zu Mangelernährung in österreichischen Pflegeheimen	32
5.2.1 Unterschiede zwischen den Einstellungen des gesamten Pflegepersonals zu Mangelernährung anhand unterschiedlicher Charakteristika.....	33
5.2.1.1 Qualifikation.....	33
5.2.1.2 Alter	34

5.2.1.3	Fortbildung	34
5.2.1.4	Zusatzqualifikation	34
5.2.1.5	Station	35
5.2.1.6	Abschlussjahr	35
5.2.1.7	Beschäftigungsausmaß	35
5.2.1.8	Geschlecht	36
5.2.2	Auswertung anhand der Dimensionen.....	37
5.2.3	Dimension Normen	38
5.2.3.1	Einstellungen des gesamten Pflegepersonals.....	38
5.2.3.2	Qualifikation.....	39
5.2.3.3	Alter	40
5.2.3.4	Fortbildung	40
5.2.3.5	Zusatzqualifikation	41
5.2.3.6	Station	41
5.2.3.7	Abschlussjahr	42
5.2.3.8	Beschäftigungsausmaß	42
5.2.3.9	Geschlecht	43
5.2.4	Dimension Gewohnheiten	44
5.2.4.1	Einstellungen des gesamten Pflegepersonals.....	44
5.2.4.2	Qualifikation.....	45
5.2.4.3	Alter	45
5.2.4.4	Fortbildung	46
5.2.4.5	Zusatzqualifikation	46
5.2.4.6	Station	47
5.2.4.7	Abschlussjahr	47
5.2.4.8	Beschäftigungsausmaß	48
5.2.4.9	Geschlecht	48
5.2.5	Dimension Assessment.....	49
5.2.5.1	Einstellungen des gesamten Pflegepersonals.....	49
5.2.5.2	Qualifikation.....	50
5.2.5.3	Alter	50
5.2.5.4	Fortbildung	51
5.2.5.5	Zusatzqualifikation	51
5.2.5.6	Station	52
5.2.5.7	Abschlussjahr	52
5.2.5.8	Beschäftigungsausmaß	53

5.2.5.9	Geschlecht	53
5.2.6	Dimension Intervention	54
5.2.6.1	Einstellungen des gesamten Pflegepersonals.....	54
5.2.6.2	Qualifikation.....	55
5.2.6.3	Alter	55
5.2.6.4	Fortbildung	56
5.2.6.5	Zusatzqualifikation	56
5.2.6.6	Station	57
5.2.6.7	Abschlussjahr	57
5.2.6.8	Beschäftigungsausmaß	58
5.2.6.9	Geschlecht	58
5.2.7	Dimension Individualisierung.....	59
5.2.7.1	Einstellungen des gesamten Pflegepersonals.....	59
5.2.7.2	Qualifikation.....	60
5.2.7.3	Alter	60
5.2.7.4	Fortbildung	61
5.2.7.5	Zusatzqualifikation	61
5.2.7.6	Station	62
5.2.7.7	Abschlussjahr	62
5.2.7.8	Beschäftigungsausmaß	63
5.2.7.9	Geschlecht	63
6	Diskussion	67
6.1	Zusammenfassung der Ergebnisse im Hinblick auf die Forschungsfragen	67
6.1.1	Einstellungen des gesamten Pflegepersonals	67
6.1.2	Ergebnisse in Bezug auf unterschiedliche Charakteristika	68
6.1.2.1	Qualifikation, Fortbildungen & Zusatzqualifikation.....	68
6.1.2.2	Beschäftigungsausmaß	68
6.1.2.3	Abschlussjahr	68
6.1.2.4	Alter, Geschlecht, Station	68
6.2	Diskussion der Ergebnisse	69
6.2.1.1	Unterschiede in den Einstellungen aufgrund Charakteristika der Pflegepersonen	69
6.2.1.2	Diskussion der Ergebnisse anhand der Dimensionen der SANN-G Skala	70
6.3	Theoretischer Rahmen & Ergebnisse dieser Arbeit	73
6.4	Stärken und Schwächen der Studie.....	74
6.5	Implikationen für die Pflegepraxis und Pflegeforschung.....	76

Inhaltsverzeichnis

7	Literaturverzeichnis	78
8	Anhang	i

GLOSSAR

Assessment: standardisierte und dokumentierte Einschätzung und Beurteilung von PatientInnen/BewohnerInnen (Walter de Gruyter GmbH 2013a)

Chi-Quadrat-Test: ein nichtparametrischer statistischer Signifikanztest, um die Beziehung zwischen nominal-skalierten Variablen festzustellen. Dabei werden die beobachteten Häufigkeiten mit den erwarteten Häufigkeiten verglichen (Polit & Beck 2012)

Cronbach's Alpha (α): Index für die Zuverlässigkeit eines Instruments, der die Homogenität angibt (Polit & Beck 2012)

Homogenität (Interne Konsistenz): Ausmaß, in dem die Items intern konsistent sind. Das bedeutet, die Items messen alle die gleichen Eigenschaften (Polit & Beck 2012)

Inhaltsvalidität: Ausmaß, in dem ein Instrument eine passende Anzahl an Items besitzt und diese adäquat die Gesamtheit eines Konzeptes präsentieren (Polit & Beck 2012)

Inzidenz: Anzahl der Neuerkrankungsfälle einer bestimmten Erkrankung innerhalb eines bestimmten Zeitraums (Walter de Gruyter GmbH 2013b)

Item: Eine einzelne Frage/Aussage eines Instruments oder einer Skala (Polit & Beck 2012)

Konfidenzintervall (Confidence Intervall): Bereich, innerhalb dessen die Ergebnisse mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit (meist CI = 95 %) nicht auf Zufall beruhen (Polit & Beck 2012)

Kriteriumsvalidität: Ausmaß, in dem Ergebnisse eines Instruments mit jenen eines externen Kriteriums übereinstimmen (Polit & Beck 2012)

Konstruktvalidität: Ausmaß, mit dem ein Instrument das zu untersuchende Konstrukt wirklich misst (Polit & Beck 2012)

Likert-Skala: Instrument zur Messung von Einstellungen, bei der die Befragten den Grad ihrer Zustimmung oder Ablehnung angeben (Polit & Beck 2012)

Literaturreview: kritische Zusammenfassung eines Forschungsthemas (Polit & Beck 2012)

Median: Zentralwert, der bei aufsteigender Sortierung der Messwerte die Messreihe halbiert. 50% der Messwerte liegen unter- bzw. oberhalb des Medians (Walter de Gruyter GmbH 2013c)

Medical Subject Headings (MeSH): Schlagwörter, die von Datenbanken zum Indexieren verwendet werden. Die Schlagwörter helfen AutorInnen bzw. bei der Recherche Schlüsselbegriffe zu identifizieren (Polit & Beck 2012)

Prävalenz: beschreibt die Häufigkeit der Erkrankungsfälle in einer bestimmten Population innerhalb eines bestimmten Zeitraums (Walter de Gruyter GmbH 2012d)

p-Wert: Wahrscheinlichkeit, mit der die Ergebnisse auf Zufall beruhen; Ergebnisse sind statistisch signifikant, wenn p unter 0,05 oder 0,01 liegt (Polit & Beck 2012)

Reliabilität (Zuverlässigkeit): Ausmaß, in dem ein Instrument genau und zuverlässig eine Eigenschaft misst (Polit & Beck 2012)

Responsiveness: erforderlich, um Ergebnisse, bezogen auf die Gesundheit über Zeitspannen oder Veränderungen nach gesetzten Interventionen, zu erheben (ERGHO 1997)

Setting: Ort und Bedingungen, unter denen die Datensammlung der Studie stattfindet (Polit & Beck 2012)

Standardabweichung (SD): Grad der Variabilität in einer Gruppe von Werten (Polit & Beck 2012).

Stichprobengröße (n): die Anzahl der Personen, die an einer Studie teilnehmen (Polit & Beck 2012)

Validität (Gültigkeit): Ausmaß, mit dem ein Instrument das misst, was es messen soll (Polit & Beck 2012)

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

α	Cronbach's Alpha
χ^2 -Test	Chi-Quadrat Test
%	Prozent
bzw.	beziehungsweise
CINAHL®	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
DGKS/P	Diplomierte/r Gesundheits- und Krankenschwester/pfleger
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
EMBASE®	Excerpta Medica Database
ESPEN	European Society for Parenteral and Enteral Nutrition
FSBA	Fach- oder DiplomsozialbetreuerInnen
et al.	et alii (und andere)
etc.	et cetera
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz 1997
HNO	Hals-Nase-Ohren
idF	in der Fassung
MeSH	Medical Subject Headings
n	Stichprobengröße
p	p-Wert
PH	PflegehelferInnen
SANN	Staff Attitudes to Nutritional Nursing Care
SANN-G	Staff Attitudes to Nutritional Nursing Care in Geriatrics
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
usw.	und so weiter
WHO	World Health Organization
z.B.	zum Beispiel

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1 in Anlehnung an die schematische Konzeption von Einstellungen nach Rosenberg & Hovland (1960) in: Fishbein & Ajzen (1975) p. 340.	9
Abbildung 2 Theorie des geplanten Verhaltens in Anlehnung an Fishbein & Ajzen (1975) sowie Ajzen (1991).....	10
Abbildung 3 Grafische Darstellung des Suchverlaufs	14
Abbildung 4: Die SANN-G Skala dargestellt anhand der Dimensionen und 18 Items.	23
Abbildung 5 Teilnahme an der Studie.....	26
Abbildung 6 TeilnehmerInnen aufgeteilt nach deren Berufsgruppen (n=962)	27
Abbildung 7 Verteilung der Geschlechter innerhalb der jeweiligen Berufsgruppen (n=946)	28
Abbildung 8 Alter der TeilnehmerInnen innerhalb der jeweiligen Berufsgruppe (n=895).....	29
Abbildung 9 TeilnehmerInnen geteilt nach Berufsgruppen mit bzw. ohne Zusatzqualifikation (n=897).....	29
Abbildung 10 TeilnehmerInnen geteilt nach Berufsgruppen mit bzw. ohne Fortbildung (n=943).....	30
Abbildung 11 TeilnehmerInnen die auf Stationen mit bzw. ohne Spezialisierung tätig sind gesplittet nach Berufsgruppen (n=714).....	30
Abbildung 12 Das Beschäftigungsausmaß der TeilnehmerInnen (n=947)	31
Abbildung 13 Items der Dimension Normen	38
Abbildung 14 Grafische Darstellung der Einstellungen in der Dimension Normen DGKS/P und PH (n=962).....	39
Abbildung 15 Grafische Darstellung der Einstellungen in der Dimension Gewohnheiten PH und DGKS/P (n=962)	45
Abbildung 16 Items der Dimension Assessment.....	49
Abbildung 17 Grafische Darstellung der Einstellungen in der Dimension Assessment von DGKS/P und PH (n=962)	50
Abbildung 18 Items der Dimension Intervention	54
Abbildung 19 Grafische Darstellung der Einstellungen in der Dimension Intervention von DGKS/P und PH (n=962).....	55
Abbildung 20 Items der Dimension Individualisierung.....	59

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 21 Grafische Darstellung der Einstellungen in der Dimension Individualisierung von DGKS/P und PH (n=962)	60
Abbildung 22 Ergebnisse der Arbeit dargestellt anhand der Theorie des geplanten Verhaltens von Fishbein & Ajzen (1991).....	74

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Ursachen von Mangelernährung aus der Literatur	5
Tabelle 2: Darstellung der Studien aus der Literaturrecherche, Teil 1.....	15
Tabelle 3: Darstellung der Studien aus der Literaturrecherche, Teil 2.....	16
Tabelle 4 Einstellungen in Prozent gemessen am gesamten Pflegepersonal nach Dimensionen (n=933).....	32
Tabelle 5 Errechnete p-Werte für die unterschiedlichen Charakteristika für die Einstellungen des gesamten Pflegepersonals	33
Tabelle 6 –Einstellungen gesamt bezogen auf das Charakteristikum Qualifikation (n=962).....	33
Tabelle 7 Einstellungen gesamt bezogen auf das Charakteristikum Alter (n=895).....	34
Tabelle 8 Einstellungen gesamt bezogen auf das Charakteristikum Fortbildung (n=959)	34
Tabelle 9 Einstellungen gesamt bezogen auf das Charakteristikum Zusatzqualifikation (n=906)	34
Tabelle 10 Einstellungen gesamt bezogen auf das Charakteristikum Station (n=723)	35
Tabelle 11 Einstellungen gesamt bezogen auf das Charakteristikum Fortbildung (n=803)	35
Tabelle 12 Einstellungen gesamt bezogen auf das Charakteristikum Beschäftigungsausmaß (n=963).....	35
Tabelle 13 Einstellungen gesamt bezogen auf das Charakteristikum Geschlecht (n=966)	36
Tabelle 14 Einstellungen des gesamten Pflegepersonals gemessen an erreichten Scores	37
Tabelle 15 p-Werte für die unterschiedlichen Charakteristika innerhalb der Dimension Normen	38
Tabelle 16 Einstellungen innerhalb von Normen bezogen auf das Charakteristikum Alter (n=895).....	40
Tabelle 17 Einstellungen innerhalb von Normen bezogen auf das Charakteristikum Fortbildung (n=959).....	40
Tabelle 18 Einstellungen innerhalb von Normen bezogen auf das Charakteristikum Zusatzqualifikation (n=906)	41
Tabelle 19 Einstellungen innerhalb von Normen bezogen auf das Charakteristikum Station (n=723).....	41

Tabelle 20 Einstellungen innerhalb von Normen bezogen auf das Charakteristikum Abschlussjahr (n=803).....	42
Tabelle 21 Einstellungen innerhalb von Normen bezogen auf das Charakteristikum Beschäftigungsausmaß (n=963).....	42
Tabelle 22 Einstellungen innerhalb von Normen bezogen auf das Charakteristikum Geschlecht (n=966).....	43
Tabelle 23 p-Werte für die unterschiedlichen Charakteristika innerhalb der Dimension Gewohnheiten.....	44
Tabelle 24 Einstellungen innerhalb von Gewohnheiten bezogen auf das Charakteristikum Alter (n=895).....	45
Tabelle 25 Einstellungen innerhalb von Gewohnheiten bezogen auf das Charakteristikum Fortbildungen (n=959).....	46
Tabelle 26 Einstellungen innerhalb von Gewohnheiten bezogen auf das Charakteristikum Zusatzqualifikationen (n=906)	46
Tabelle 27 Einstellungen innerhalb von Gewohnheiten bezogen auf das Charakteristikum Station (n=723).....	47
Tabelle 28 Einstellungen innerhalb von Gewohnheiten bezogen auf das Charakteristikum Abschlussjahr (n=803).....	47
Tabelle 29 Einstellungen innerhalb von Gewohnheiten bezogen auf das Charakteristikum Beschäftigungsausmaß (n=963).....	48
Tabelle 30 Einstellungen innerhalb von Gewohnheiten bezogen auf das Charakteristikum Geschlecht (n=966).....	48
Tabelle 31 Signifikanzen für die unterschiedlichen Charakteristika innerhalb der Dimension Assessment.....	49
Tabelle 32 Einstellungen innerhalb von Assessment bezogen auf das Charakteristikum Alter (n=895).....	50
Tabelle 33 Einstellungen innerhalb von Assessment bezogen auf das Charakteristikum Fortbildung (n=959).....	51
Tabelle 34 Einstellungen innerhalb von Assessment bezogen auf das Charakteristikum Zusatzqualifikation (n=906)	51

Tabelle 35 Einstellungen innerhalb von Assessment bezogen auf das Charakteristikum Station (n=723).....	52
Tabelle 36 Einstellungen innerhalb von Assessment bezogen auf das Charakteristikum Abschlussjahr (n=803).....	52
Tabelle 37 Einstellungen innerhalb von Assessment bezogen auf das Charakteristikum Beschäftigungsausmaß (n=963).....	53
Tabelle 38 Einstellungen innerhalb von Assessment bezogen auf das Charakteristikum Geschlecht (n=966).....	53
Tabelle 39 p-Werte für die unterschiedlichen Charakteristika innerhalb der Dimension Intervention	54
Tabelle 40 Einstellungen innerhalb von Intervention bezogen auf das Charakteristikum Alter (n=895).....	55
Tabelle 41 Einstellungen innerhalb von Intervention bezogen auf das Charakteristikum Fortbildung (n=959).....	56
Tabelle 42 Einstellungen innerhalb von Intervention bezogen auf das Charakteristikum Zusatzqualifikation (n=906)	56
Tabelle 43 Einstellungen innerhalb von Intervention bezogen auf das Charakteristikum Station (n=723).....	57
Tabelle 44 Einstellungen innerhalb von Intervention bezogen auf das Charakteristikum Abschlussjahr (n=803).....	57
Tabelle 45 Einstellungen innerhalb von Intervention bezogen auf das Charakteristikum Abschlussjahr (n=963).....	58
Tabelle 46 Einstellungen innerhalb von Intervention bezogen auf das Charakteristikum Geschlecht (n=966).....	58
Tabelle 47 p-Werte für die unterschiedlichen Charakteristika innerhalb der Dimension Individualisierung.....	59
Tabelle 48 Einstellungen innerhalb von Individualisierung bezogen auf das Charakteristikum Alter (n=895)	60
Tabelle 49 Einstellungen innerhalb von Individualisierung bezogen auf das Charakteristikum Fortbildung (n=959).....	61

Tabelle 50 Einstellungen innerhalb von Individualisierung bezogen auf das Charakteristikum Zusatzqualifikation (n=906)	61
Tabelle 51 Einstellungen innerhalb von Individualisierung bezogen auf das Charakteristikum Station (n=723).....	62
Tabelle 52 Einstellungen innerhalb von Individualisierung bezogen auf das Charakteristikum Abschlussjahr (n=803).....	62
Tabelle 53 Einstellungen innerhalb von Individualisierung bezogen auf das Charakteristikum Beschäftigungsausmaß (n=963).....	63
Tabelle 54 Einstellungen innerhalb von Individualisierung bezogen auf das Charakteristikum Geschlecht	63
Tabelle 55: Antworten der 18 Items in % durch das gesamte Pflegepersonal.....	65
Tabelle 56: Antworten der 18 Items in % durch die unterschiedlichen Berufsgruppen	66

Kurzfassung

Einleitung: Mangelernährung ist ein Problem, das die Pflege aufgrund der demografischen Entwicklung immer wieder vor neue Herausforderungen stellt. Steigender Pflegeaufwand und damit einhergehend steigende Kosten belasten das österreichische Gesundheitssystem. Die Schlüsselrolle im Umgang mit Pflegeproblemen wie Mangelernährung kommt den Pflegepersonen zu. Sie müssen Mangelernährung wahrnehmen und adäquat darauf reagieren können. Die Einstellungen spielen dabei eine zentrale Rolle, weil sich Pflegepersonen in direktem und täglichem Kontakt zu BewohnerInnen befinden. Ziel dieser Arbeit war es, die Einstellungen von Pflegepersonen in Bezug auf Mangelernährung in österreichischen Pflegeheimen zu erfassen und herauszufinden, ob sich diese innerhalb der unterschiedlichen Berufsgruppen sowie durch andere Charakteristika (Zusatzqualifikation, Fortbildung, Alter, Geschlecht, Beschäftigungsausmaß, Art der Station und Erfahrung) unterscheiden.

Methode: Der Studie ging eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken CINAHL®, PubMed®, und EMBASE®/Cochrane® via OvidSP® voraus um den derzeitigen Forschungsstand darzustellen. Anschließend wurden Daten einer deskriptiven multizentrischen Studie in österreichischen Pflegeheimen (n=66) ausgewertet, um die Einstellungen von Pflegepersonen zu erheben. Das verwendete Instrument war die Staff Attitudes to Nutritional Nursing Care in Geriatrics Scale (SANN-G Skala). Diese besteht aus 18 Items, welche als Likert-Skala mit 1-5 Punkte bewertet werden kann. Damit kann ein Gesamtscore errechnet werden. Je höher der Score ist, desto positiver ist die Einstellung. Außerdem können die Einstellungen, bezogen auf die gesamte Skala, sowie innerhalb der Dimensionen Normen, Gewohnheiten, Assessment, Intervention und Individualisierung, gemessen werden.

Ergebnisse: Die Einstellungen der Pflegepersonen (n=1005) waren zu 39,8% positiv und zu 60,2% negativ oder neutral. Die Auswertung der unterschiedlichen Dimensionen ergab, dass die Einstellungen in der Dimension Interventionen (n=933) am positivsten waren (71,7%). Am negativsten waren die Einstellungen in der Dimension Normen (n=933) (35,6% positive Einstellungen). Die Einstellungen unterschieden sich zwischen diplomiertem Pflegepersonal (DGKS/P) und PflegehelferInnen (PH) signifikant.

Diskussion: Einstellungen beeinflussen das Verhalten von Pflegepersonen im Umgang mit Mangelernährung. Die Qualifikation scheint im Hinblick auf Einstellungen zu Mangelernährung eine wichtige Rolle zu spielen. Ein Grund dafür, dass Pflegepersonen in der Dimension Interventionen am positivsten eingestellt sind, könnte der nahe Praxisbezug sein. Da es erst wenige Forschungsarbeiten auf diesem Gebiet gibt, sollten hier weitere Forschungsarbeiten ansetzen.

Abstract

Introduction: Malnutrition is a problem that challenges nursing practice as well as nursing sciences due to demographic changes. Increasing nursing care and therefore increasing costs burden the Austrian health system. Nursing staff is the key figure in dealing with nursing problems such as malnutrition. They have to perceive the problem malnutrition and therefore they must react adequately. Regarding malnutrition the attitudes play a vital role, because nursing staff is in direct and daily contact with residents. The aim of this paper was to identify the attitudes of nursing staff in Austrian nursing homes and to figure out the differences between the professional levels and other characteristics (additional qualification, training, age, sex, working hours, station and experience).

Methods: Prior to the study a systematic literature search was conducted within the Databases of CINAHL®, PubMed®, EMBASE® via Ovid SP® and Cochrane® via Ovid SP® to depict the current state of research. Afterwards data collected within a descriptive multicenter study in Austrian nursing homes (n=66) were analyzed to show attitudes of nursing staff. The instrument used was the Staff Attitudes to Nutritional Nursing Care in Geriatrics Scale (SANN-G Scale) which is a Likert type Scale ranging from 1-5 that contains 18 Items. Through this scale a maximum score can be calculated. The higher the score is the more positive is the attitude. In addition, the attitudes concerning the whole scale as well as the attitudes within the dimensions Norms, Habits, Assessment, Intervention and Individualization can be measured.

Results: Nursing staff showed 39.8% positive attitudes (n=1005) and 60.2% negative or neutral attitudes. The analysis within the different dimensions brought up that within the dimension Interventions (n=933) the attitudes were most positive (71.7%). Most negative attitudes were found in the dimension Norms with only 35.6% (n=933) positive attitudes. The attitudes vary significantly in relation to the qualification levels of nursing staff.

Discussion: Attitudes influence the behavior of nursing staff in dealing with the nursing problem malnutrition. The qualification level seems to play an important role concerning attitudes to malnutrition in residents. A reason for the fact that nursing staff show the most positive attitudes within the dimension Interventions could be its practical relevance. Due to the fact that there are few papers dealing with attitudes of nursing staff to malnutrition further research is needed.

1 EINLEITUNG

Zwischen dem Jahr 2000 und dem Jahr 2050 wird sich die Zahl der Personen, die über 60 Jahre alt sind, gemessen an der Weltbevölkerung, verdoppeln. Die absolute Zahl der Generation 60+ wird Schätzungen zufolge von 605 Millionen auf zwei Milliarden ansteigen. Das bedeutet in weiterer Folge einen erhöhten Versorgungsbedarf, der wiederum in steigenden Zahlen pflegebedürftiger Menschen resultiert. Immer mehr Menschen können sich aufgrund von eingeschränkter Mobilität und physisch oder psychisch bedingter Multimorbidität nicht mehr adäquat selbst versorgen und sind daher auf die Pflege Dritter angewiesen (WHO 2011, 2013). Das gilt auch für Österreich. Im Jahr 2012 lebten hier über zweieinhalb Millionen über 65-jährige Personen. Bis 2030 wird die Zahl auf bis zu vier Millionen Menschen ansteigen (Statistik Austria 2012a). Laut Statistik Austria betragen die Gesundheitsausgaben für das Jahr 2012 fast 24 Millionen Euro. Davon entfielen fast zwei Millionen auf die Langzeitpflege (Statistik Austria 2012b) Das bedeutet, dass sich Pflegeheime großen Herausforderungen stellen müssen. Pflegeprobleme, die vor allem im Setting Pflegeheim auftreten, sind unter anderem Dekubitus, Intertrigo, Inkontinenz, Stürze, freiheitsentziehende Maßnahmen und Mangelernährung (Lohrmann, Schönherr, Mandl 2013).

Letztere soll im Rahmen dieser Arbeit im Fokus stehen. Meijers et al. (2011) haben herausgefunden, dass die Kosten, die in holländischen Pflegeheimen durch Mangelernährung verursacht werden, bei rund 8000 € pro BewohnerIn mit einem Risiko zur Entstehung von Mangelernährung und bei rund 10000 € pro BewohnerIn, mit Mangelernährung, liegen. Mangelernährung ist ein Problem, das gehäuft bei älteren Menschen auftritt (Kane et al. 2011; Merrell et al. 2012). Entsprechend der Pflegequalitätserhebung aus dem Jahr 2013 betrug die Prävalenz in Pflegeheimen 20,8%. Verglichen mit dem Jahr 2009 ist die Prävalenz jedoch um knapp 8% und verglichen mit dem Jahr 2012 um knapp 1% zurückgegangen (Lohrmann & Schönherr 2012; Lohrmann, Schönherr, Mandl 2013). Auch wenn die Prävalenz durch das Setzen von gezielten Maßnahmen langsam zurückzugehen scheint, kann die Tatsache, dass sie dennoch bei über 20% liegt, nicht unbeachtet bleiben. Gerade in Pflegeheimen hat Mangelernährung aufgrund der erhöhten Morbidität der BewohnerInnen einen großen Einfluss auf den allgemeinen Gesundheitszustand, der sich in hohen Mortalitätsraten oder Komplikationen äußert. Sie begünstigt das Entstehen von pathophysiologischen Prozessen im Körper. Das Problem kann am ehesten durch das Erkennen von Risiken und das Setzen von Präventionsmaßnahmen gelöst werden (Schreier & Bartholomeycik 2004). Gerade im Setting Pflegeheim ist das Pflegepersonal die entscheidende Schlüsselfigur, wenn es um Mangelernährung geht. Es ist aufgefördert dem Problem gezielt entgegenzuwirken. Daher sind

eine adäquate Ausbildung, die sich in einer fundierten Wissensbasis beim Pflegepersonal äußert und eine positive Einstellung zum Problem unabdingbar (Bachrach-Lindström et al. 2007; Beattie et al. 2013).

Elia & Russel (2008) führen an, dass Mangelernährung ein unzureichend erkanntes und unzureichend behandeltes Problem in Pflegeheimen darstellt. Mangelernährung kann dort nur entgegengewirkt werden, wenn sie das Pflegepersonal adäquat wahrnimmt und entsprechend reagieren kann. Eine italienische Untersuchung von Bonetti et al. (2013a) hat gezeigt, dass das Problem der Mangelernährung zwar wahrgenommen wird, aber dass auf Probleme nicht ausreichend reagiert wird. Pflegepersonen haben angegeben, dass Mangelernährung ein wichtiges Thema darstellt, es wurde aber trotzdem, verglichen mit anderen Themen, eher zweitrangig behandelt. Professionell Pflegende können jedoch eine essenzielle Rolle im Hinblick auf die Behandlung von Mangelernährung spielen, weil sie täglich mit den BewohnerInnen in Kontakt stehen. Daher ist eine erhöhte Aufmerksamkeit in Bezug auf dieses Problem durch Pflegepersonen erforderlich. Die Implementierung von Trainingsprogrammen kann dabei helfen Pflegepersonen in Bezug auf Mangelernährung optimal zu trainieren (Arvanitarkis et al. 2009). Elia & Russel (2008) sprechen sich für verschärfte Schulungen aus, um das Problem der Mangelernährung in Großbritannien in den Fokus zu rücken. Dadurch können die Wahrnehmung und die Einstellung zum Problem gefördert bzw. gestärkt werden.

Um eine optimale Versorgung von BewohnerInnen garantieren zu können, ist eine positive Einstellung der Pflegepersonen zu Mangelernährung wichtig. Positive Einstellungen korrelieren mit besseren Outcomes. Eine positive Einstellung wird als fundamental erachtet und steht im Zusammenhang mit guter und sicherer Pflege älterer Menschen (Courtney et al. 2000). Courtney et al. (2000) haben in einem Literature Review über Einstellungen von Akutkrankenpflegepersonen in Bezug auf die Pflege älterer Menschen festgestellt, dass die Einstellungen das Handeln beeinflussen. So stellten sie anhand der verwendeten Literatur fest, dass eine negative Einstellung z.B. in der Verwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen resultiert bzw. dass negative Einstellungen zur Stigmatisierung älterer Menschen führen. Eine positive Einstellung zum Problem Mangelernährung kann zur verbesserten Erkennung und Behandlung führen (Bachrach-Lindström et al. 2007). Optimierungsprozesse im Bereich der Erkennung und Behandlung von Mangelernährung führen wiederum zu verbesserten PatientInnenoutcomes wie z.B. verbesserte Wundheilung, kürzere Verweildauer in Krankenhäusern sowie geringeres Auftreten von Druckgeschwüren (Meijers et al. 2009a). Die Literatur bestätigt, dass Pflegepersonen das Thema Ernährung verglichen mit anderen Interventionen weniger priorisiert (Kondrup et al. 2002; Xia & McCutcheon 2006). Vanderwee et al. (2011) bestätigten die unzureichende Auseinandersetzung mit dem Thema

Mangelernährung, indem sie inadäquate Maßnahmen im Hinblick auf Mangelernährung in geriatrischen Stationen in Belgien nachwies. Die inadäquate Versorgung bzw. das Setzen von inadäquaten Interventionen könnte wiederum auf die potenziell bestehenden negativen Einstellungen zurückgeführt werden. Daher soll das Problem Mangelernährung und die Einstellungen von Pflegepersonen zu diesem in dieser Arbeit näher untersucht werden.

1.1 Definition von Mangelernährung

In der Literatur wurde kein Konsens zu einer einheitlichen Definition von Mangelernährung gefunden, weil es sich um ein schwer definierbares und mannigfaltiges Problem handelt. Der Begriff Mangelernährung beinhaltet die Protein-Energie Malnutrition und Mangelernährung aufgrund anderer fehlender Nährstoffe (Pirlich 2007; Schönherr & Lohrmann 2010; Chen et al. 2001; Meier & Stratton, 2004). In der deutschsprachigen Literatur wird der Begriff häufig synonym mit Malnutrition und Unterernährung verwendet. Unterschiede werden gar nicht oder mangelhaft dargestellt (Schreier & Bartholomeyczik 2004).

Der folgenden Arbeit wird die Definition von Elia (2005) zugrunde gelegt. Diese lautet wie folgt:

„Malnutrition is a state of nutrition in which a deficiency or excess (or imbalance) of energy, protein, and other nutrients causes measureable adverse effects on tissue/body function (shape, size, and composition) and function, and clinical outcome (Elia 2005).“

„Mangelernährung bezeichnet einen Zustand, bei dem ein Mangel oder eine Störung von Energie, Proteinen oder anderen Nährstoffen zu messbaren Effekten auf den Körper und das Gewebe (Körperform, -größe und -zusammensetzung), die Körperfunktion und die klinischen Ergebnisse führen (Elia 2005).“ [Übersetzung T.W.]

Die oben genannte Definition wurde gewählt, weil sie einfach verständlich ist und das Problem Mangelernährung auf den Punkt bringt.

1.2 Ursachen von Mangelernährung

Die wichtigsten Ursachen von Mangelernährung sind eine unzureichende Nahrungsaufnahme sowie der Verlust von Nährstoffen. Akute Krankheiten sowie physische Einschränkungen wurden in der Literatur als zugrundeliegende Probleme identifiziert. Hinzu kommt, dass die Nahrungsaufnahme, bedingt durch pathophysiologische Faktoren, bei älteren Menschen ohnehin verringert ist (Arvanitakis et al. 2009). Adams et al. (2008) führen an, dass der Ernährungsstatus zusätzlich durch Krankenhausaufenthalte verschlechtert wird. Faktoren wie eingeschränkte Menüauswahl, verminderter Nahrungsbedarf, Übelkeit und Appetitverlust gehen damit einher. Die AutorInnen führen ebenfalls an, dass das Personal durch Unterlassung der Erhebung des Ernährungszustandes ebenfalls einen potenziellen Risikofaktor liefert.

Als Risikofaktor für Mangelernährung wird in der Literatur außerdem Anorexie angegeben. Darunter wird in diesem Zusammenhang der Verlust oder die Verminderung des Appetites verstanden. Das trifft nach Donini et al. (2008) auf viele mangelernährte ältere Personen zu.

Anorexie kann aufgrund verschiedener Ursachen auftreten:

- Faktoren im Zusammenhang mit Erkrankungen können die Nahrungsaufnahme vermindern.
- Inadäquate Verfügbarkeit von Essen und/oder die Qualität bzw. das Aussehen der Mahlzeiten, können die Personen daran hindern zu essen (Adams et al. 2008).

Unterschiedliche Erkrankungen können einen Einfluss auf den Appetit von Personen haben. Die Nahrungsaufnahme kann durch die Erkrankung, durch Appetitverlust, oder durch Übelkeit vermindert sein. Es kann aber auch dazu kommen, dass Personen erbrechen und die Nahrungsaufnahme dadurch vermindert ist (Stratton et al. 2003). Tabelle 1 fasst die wichtigsten Ursachen für Mangelernährung im Überblick zusammen.

Tabelle 1: Ursachen von Mangelernährung aus der Literatur

(Arvanitakis et al. 2008; Council of Europe 2009; DNQP 2010; Schreier & Bartholomeyczik 2004; Stratton et al. 2003)

Faktoren für Mangelernährung	Mögliche Ursachen
Psychologische, soziale und umgebungsbedingte Faktoren	Soziale Isolation, Trauer, Finanzielle Sorgen, Krankheit, Hospitalisierung, Veränderungen des Lebensstils, Aufnahme in eine Institution
Pathophysiologische Veränderungen von Mund und Zähnen	Kaubeschwerden, schlechter Dentalstatus, schlecht sitzender Zahnersatz, Mundtrockenheit, Oropharyngeale Candidiasis, Dysgeusie
Schluckstörungen	HNO-Erkrankung, Gefäßerkrankung, neurodegenerative Erkrankung
Psychiatrische Störungen	Depression, Verhaltensstörung
Demenz	Morbus Alzheimer, andere Formen der Demenz
Andere neurologische Probleme	Verwirrung, Bewusstseinsstörung, Morbus Parkinson
Medikamentöse Langzeittherapie	Polymedikation, Medikation, die Mundtrockenheit, Dysgeusie, gastrointestinale Beschwerden und Appetitverlust begünstigt, Langzeittherapie mit kortisonhaltigen Präparaten
Akute Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes/ Dekompensation einer chronischen Erkrankung	Schmerz, Infektionskrankheit, Frakturen, chirurgische Eingriffe, Verstopfung, Dekubitus
Erhöhte Pflegeabhängigkeit	Eingeschränkte Mobilität, Notwendigkeit der Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme
Restriktive Diäten	salzfrei, fettarm, diabetische Kost, Cholesterin senkende Diäten

1.3 Folgen der Mangelernährung

Mangelernährung kann weitere Krankheiten zur Folge haben. Aus diesem Grund muss sie behandelt werden (Arvanitakis et al. 2009). Die vielfältigen Folgen der Mangelernährung betreffen vor allem den Stoffwechsel und die Körperzusammensetzung. So kommt es bei mangelernährten Personen zum Verlust an Körpergewebe und Körpermasse, sowie zu reduzierter Organfunktion (Shephard 2009).

In der Literatur werden Beeinträchtigungen der psychischen und physischen Gesundheit, bedingt durch Mangelernährung, angegeben. Im Folgenden werden die Wichtigsten erwähnt:

- Beeinträchtigung des Immunsystems
- Beeinträchtigung der Wundheilung
- Beeinträchtigte gastrointestinale Funktionen
- Muskelatrophie
- Beeinträchtigte Herzfunktion
- Beeinträchtigte Atmung
- Reduzierte Nierenfunktion
- Erhöhtes Sturzrisiko
- Psychische Erkrankungen wie Depression
- Schlafstörungen
- Beeinträchtigte Thermoregulierung, erhöhtes Risiko für Hyperthermie
- Atrophische Haut/Dekubitus (Stratton et al. 2003)

Als Begleiterscheinungen von Mangelernährung werden in der Literatur ein grundsätzlich schlechterer Allgemeinzustand, Antriebsschwäche und erhöhtes Sturzrisiko angegeben (Amaral et al. 2007; Arvanitakis et al. 2008, Kane et al. 2011).

1.4 Mangelernährung in Pflegeheimen

Eine Übersichtsarbeit zur bestehenden Literatur von Pauly et al. (2007) hat anhand von 17 eingeschlossenen Studien die Prävalenz von Ernährungsproblemen in Pflegeheimen untersucht. Dabei haben die AutorInnen potenzielle Ursachen speziell im Pflegeheim identifiziert. Diese sind:

- Wenig Appetit bzw. Appetitverlust der BewohnerInnen
- Kauprobleme der BewohnerInnen
- Schluckprobleme der BewohnerInnen
- Zu geringe Nahrungsaufnahme
- Probleme beim Schneiden der Nahrung
- Mangelnde Unterstützung von Pflegepersonen beim Essen

Im Rahmen der Pflegequalitätserhebung wurde festgestellt, dass die wichtigsten Maßnahmen in Bezug auf bestehende Mangelernährung in österreichischen Pflegeheimen die Folgenden sind:

- Hinzuziehung von DiätologInnen (bei ca. 23% der teilnehmenden BewohnerInnen)
- Energie- bzw. proteinangereicherte Kost (bei ca. 38% der teilnehmenden BewohnerInnen)
- Energiereiche Zwischenmahlzeiten (bei ca. 57% der teilnehmenden BewohnerInnen)
- Nahrungssupplemente (bei ca. 31% der teilnehmenden BewohnerInnen)
- Konsistenzadaptierte Kost (bei ca. 32% der teilnehmenden BewohnerInnen)
- Kontrolle der Flüssigkeitsaufnahme (bei ca. 48% der teilnehmenden BewohnerInnen)
- Informieren der BewohnerInnen (bei ca. 44% der teilnehmenden BewohnerInnen)
- Anpassung des Ambiente (bei ca. 37% der teilnehmenden BewohnerInnen) (Lohrmann, Schönherr, Mandl 2013)

Die genannten Maßnahmen werden häufiger in Pflegeheimen gesetzt als in allgemeinen Krankenhäusern. In geriatrischen Krankenhäusern kommen sie bei PatientInnen mit Mangelernährung am häufigsten zum Einsatz (Lohrmann, Schönherr, Mandl 2013). Als Begründung dafür, warum Maßnahmen gegen Mangelernährung in Pflegeheimen nicht immer getroffen werden, gibt der Rat der Europäischen Union an, dass das Problem Mangelernährung den Pflegepersonen in Pflegeheimen noch immer nicht ausreichend bekannt ist. Außerdem führt der Rat der Europäischen Union an, dass das eine Folge des generellen Wissensmangels in Bezug auf Ernährung und Mangelernährung sein kann (Arvanitakis et al. 2009, Council of Europe 2008, 2009). Das deckt sich mit internationalen Forschungsergebnissen, die ebenfalls zeigen, dass Wissensmangel eine sehr große Barriere in Bezug auf die Prävention und

Behandlung von Mangelernährung darstellt (Lindorff-Larsen et al. 2007). Eine Untersuchung von Beattie et al. (2013) hat das Wissen und die Einstellungen von Pflegepersonen in Bezug auf Mangelernährung untersucht. Dabei haben die AutorInnen herausgefunden, dass 76% der TeilnehmerInnen (n=76) Risikofaktoren für Mangelernährung korrekt identifizieren konnten, während nur 38% die Notwendigkeit von erhöhter Protein- und Energiezufuhr bei PflegeheimbewohnerInnen mit Dekubitus erkannten. Nur 15% der TeilnehmerInnen wussten über den Flüssigkeitsbedarf der BewohnerInnen Bescheid. Die AutorInnen haben angeführt, dass Weiterbildungsprogramme zur Wissensvermittlung förderlich wären, oft aber nicht existieren.

Der Rat der Europäischen Union hat daher 2009 folgende Empfehlungen in Bezug auf die Verbesserung der Wahrnehmung des Problems durch Pflegepersonen aufgestellt:

- Implementierung kontinuierlicher Ausbildungsprogramme in Bezug auf Ernährung und Mangelernährung, Methoden zur Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme
- Integration des Problems in die unterschiedlichen Ausbildungsprogramme von Pflegepersonen
- Organisationen sollten die Notwendigkeit von Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten in Bezug auf Mangelernährung und Ernährung alter Menschen erkennen und fördern
- Erhöhung des Trainings in Bezug auf Diagnose und Behandlung von Mangelernährung (Arvanitakis et al. 2009, Council of Europe 2008, 2009)

Wissen und Einstellungen werden in der Literatur oft miteinander verbunden (Beattie et al. 2013, Bonetti et al. 2013a). Teilweise ist die Trennung der Begrifflichkeiten auch unscharf. Es ist jedoch anzunehmen, dass entsprechend der Literatur, Wissensmangel Auswirkungen auf die Einstellungen haben kann (Beattie et al. 2013).

1.5 Theoretisches Rahmenwerk

Im Rahmen dieser Arbeit sollen die Einstellungen von Pflegepersonen in Bezug auf das bereits definierte Problem der Mangelernährung näher untersucht werden. Daher ist es wichtig, einen theoretischen Rahmen zugrunde zu legen, der Einstellungen zu Verhaltensweisen beinhaltet und nicht zu Personen oder Objekten.

Bevor auf die Theorie des geplanten Verhaltens eingegangen wird, sollen Einstellungen vorab definiert werden. Fishbein & Ajzen (1975) geben an, dass eine Definition von Einstellung Voraussetzung für die Entwicklung von validen Messmethoden ist. Das alleine schon, weil unterschiedliche AutorInnen, verschiedene Ansichten einer Definition vertreten können.

Fishbein & Ajzen (1975) definieren Einstellung wie folgt:

„Attitude can be described as a learned predisposition to respond in a consistently favorable or unfavorable manner with respect to the given object.“

“Einstellung kann als erlernte Veranlagung beschrieben werden, andauernd auf positive oder negative Art unter Berücksichtigung des Objektes zu reagieren.“ (Übersetzung T.W.)

In ihrer Arbeit legen die AutorInnen die Konzeption von Einstellungen von Rosenberg & Hovland (1960) (in: Fishbein & Ajzen 1975) zugrunde. Diese geht davon aus, dass sich Einstellungen aus den drei Komponenten Kognition, Affekt und Verhalten zusammensetzen. Diese drei Komponenten werden in Abbildung 1 genauer dargestellt. So gibt es Stimuli, durch die (Pflege)personen beeinflusst werden können. Diese können von den Individuen selbst ausgehen, situationsbedingt sein oder auch durch das soziale Netzwerk entstehen. Sie beeinflussen die Einstellungen von (Pflege)personen. Diese Einstellungen äußern sich in den Dimensionen Kognition, Affekt und Verhalten.

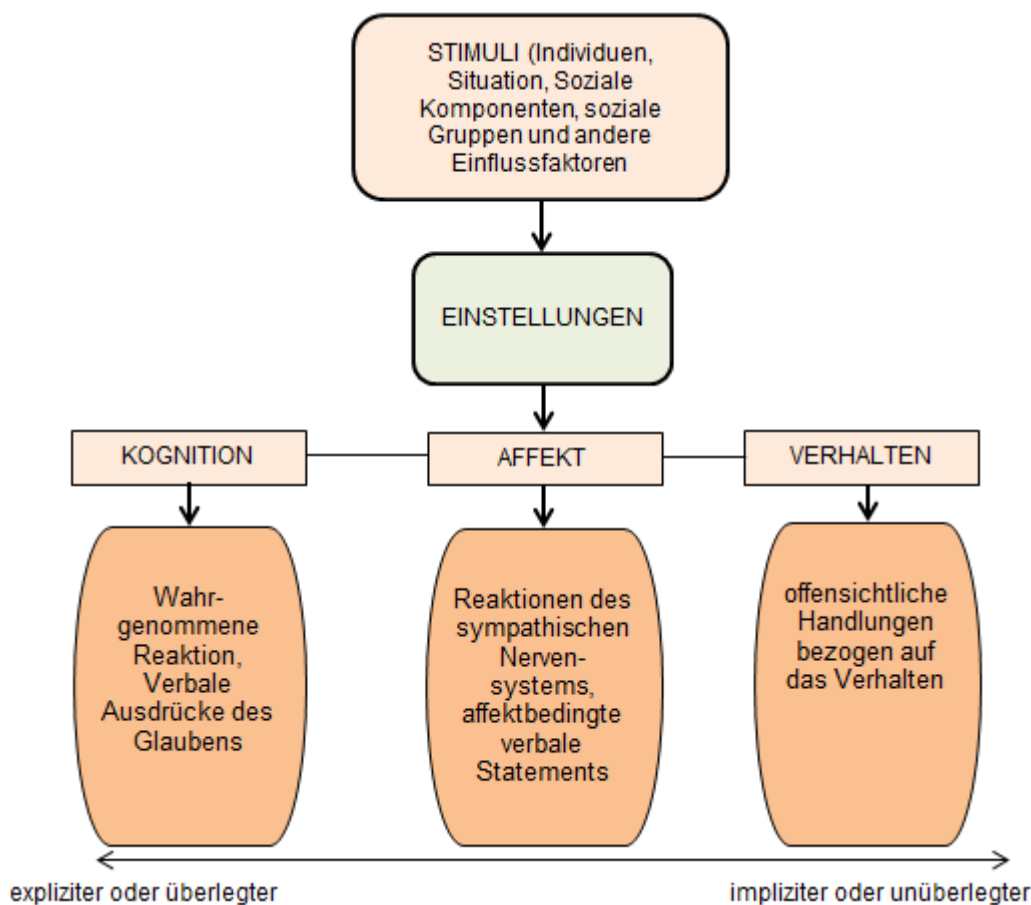


Abbildung 1 in Anlehnung an die schematische Konzeption von Einstellungen nach Rosenberg & Hovland (1960) in: Fishbein & Ajzen (1975) p. 340.

Unter Berücksichtigung der Konzeption der Einstellungen von Rosenberg & Hovland (1960) entwickelten Fishbein & Ajzen (1975) die Theorie des geplanten Verhaltens (Theory of Planned Behavior). Darin haben sie festgestellt, dass Einstellungen Auswirkungen auf das Verhalten haben. Nach den ForscherInnen setzt sich die Theorie aus fünf grundlegenden Faktoren zusammen (siehe Abbildung 2). Der zentrale Faktor der Theorie wird als die Intention des Individuums ein bestimmtes Verhalten zu setzen, angegeben. Diese wird durch die drei Faktoren Einstellung zu einem Verhalten, subjektive Norm sowie wahrgenommene Verhaltenskontrolle beeinflusst, welche sich wiederum untereinander gegenseitig beeinflussen. Intentionen sind in diesem Zusammenhang motivierende Faktoren, die Handlungen fördern ein bestimmtes Verhalten zu beeinflussen. Sie sind Indikatoren dafür, wie sehr Individuen versuchen, bestimmte Einstellungen zu ändern um ein bestimmtes Verhalten zu setzen. Hier fügt Ajzen (1991) hinzu, dass es sich folgendermaßen verhält: Je stärker die Intention ist, sich auf ein Verhalten einzulassen, desto stärker ist auch das daraus resultierende Verhalten. Die Intention der Individuen wird zusätzlich beeinflusst durch äußerliche Faktoren, wie etwa Verfügbarkeit von Möglichkeiten und Ressourcen (Ajzen 1991).

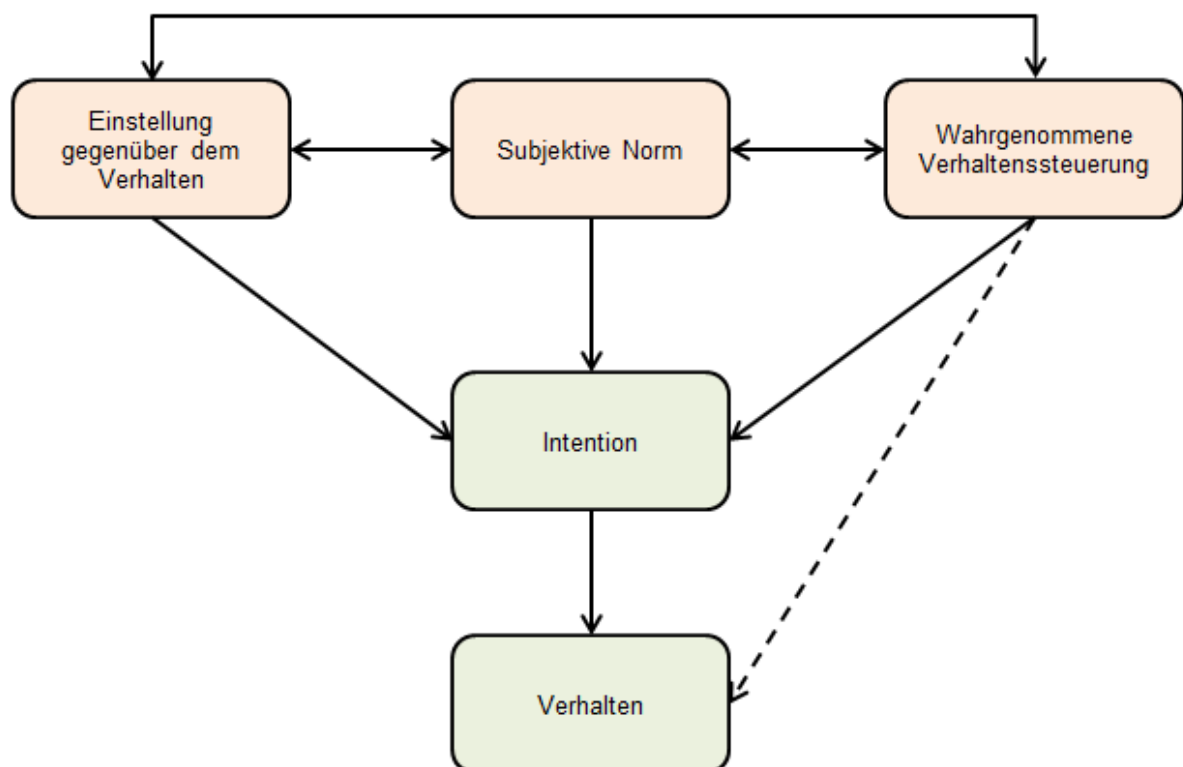


Abbildung 2 Theorie des geplanten Verhaltens in Anlehnung an Fishbein & Ajzen (1975) sowie Ajzen (1991).

Die einzelnen Komponenten können auch auf die Pflege umgelegt werden. Die Faktoren Einstellungen, die subjektive Norm und die wahrgenommene Verhaltenskontrolle der Pflegeperson können sich auf deren Verhalten auswirken. Daher kann entsprechend der Theorie von Fishbein & Ajzen (1991) angenommen werden, dass eine negative Einstellung mit negativen Verhaltensmustern korreliert. Je positiver die einzelnen Komponenten der Theorie ausfallen, desto stärker ist die Intention und in weiterer Folge auch das Verhalten der Pflegeperson. Umgelegt auf das Problem der Mangelernährung würde das bedeuten, dass wenn sowohl die Einstellung, die subjektive Norm und die wahrgenommene Verhaltenssteuerung positiv konnotiert sind, die Intentionen und in weiterer Folge das gesetzte Verhalten ebenso positiv sind. Ausgelegt auf eine theoretische Hypothese würde das bedeuten, dass positive Einstellungen zum Problem Mangelernährung zum häufigeren Einsatz von Screening Tools und/oder anderen Interventionen führen.

2 LITERATURÜBERSICHT

Um den derzeitigen Kenntnisstand zum Forschungsgegenstand darstellen zu können, wurde vorab eine Literaturrecherche durchgeführt. Diese hatte zum Ziel, Untersuchungen, die das Thema Einstellungen von Pflegepersonen zu Mangelernährung behandeln, zu identifizieren.

2.1 Suchstrategie

Es wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken CINAHL®, PubMed®, EMBASE® via OvidSP® und Cochrane® via Ovid SP® durchgeführt. Der Suchzeitraum erstreckte sich von 26.04.2013 bis 30.09.2013.

Es wurden die Schlüsselwörter *malnutrition*, *malnourish**, *nutrition**, *attitude**, *awar**, *nurs**, *nursing home**, *care home**, *resident** und *long-term care*, verwendet. Das Wort Mangelernährung wurde in unterschiedlicher Übersetzung und auch als MeSH Term verwendet. Es wurde mittels Bool'scher Operatoren (AND, OR, NOT) und mit Trunkierung gesucht. Die angegebenen Keywords wurden in den unterschiedlichen Datenbanken in unterschiedlicher Kombination, angepasst an die jeweilige Datenbank, verwendet. Nach Möglichkeit wurde mit MeSH Terms bzw. mit Subject Headings gearbeitet.

Das Suchfeld wurde auf Title/Abstract begrenzt. Es wurde ausschließlich nach Publikationen gesucht, die im Zeitraum von 01.01.2003 bis 30.09.2013 in englischer, deutscher oder französischer Sprache veröffentlicht wurden. Für den Suchzeitraum wurden 10 Jahre gewählt, weil sich dieser Zeitraum für eine Arbeit in diesem Umfang eignet. Laut Polit & Beck (2012) werden Studien, welche in den letzten zehn Jahren publiziert wurden, als aktuell bezeichnet.

Es ergaben sich die folgenden Kombinationen im Rahmen der Suchstrategie in den unterschiedlichen Datenbanken:

PubMed®:

- (malnutrition (MeSH) OR malnutrition OR malnourish* OR nutrition*) AND (attitud* OR awar*) AND (nurs*) AND (nursing home* OR resident* OR care home* OR long-term care)

Cinahl®:

- (malnutrition OR malnourish* OR nutrition*) AND (attitud* OR awar*) AND (nurs*) AND (nursing home* OR resident* OR long-term care OR care home*)

Embase® via OvidSP®:

- (malnutrition OR malnourish* OR nutrition*) AND (attitud* OR awar*) AND (nurs*) AND (nursing home* OR resident* OR long-term care OR care home*)

2.2 Auswahl der relevanten Studien

Für die Auswahl der Studien wurden folgende Einschlusskriterien festgelegt:

- Studien, die Einstellungen von Pflegepersonen zum Thema Mangelernährung behandelten
- Studien, die in Pflegeheimen oder geriatrischen Abteilungen durchgeführt wurden

Die geeigneten Studien wurden in vordefinierten Schritten ausgewählt (siehe Abbildung 3).

Zu Beginn der Auswahl wurden die Ergebnisse der Suche (n=149) nach Titel gescreent. Dabei wurden Titel ausgeschlossen, wenn sie nicht die wichtigsten Variablen des Forschungsgegenstandes untersuchten. Diese Variablen wurden zuvor als Mangelernährung und Einstellungen festgelegt. Titel, die diese Variablen nicht enthielten, wurden ausgeschlossen. Anschließend wurden von den relevanten Titeln die Abstracts gescreent. Dabei war wichtig, dass die W- Fragen (was, wer, wo, wann, wie, warum) beinhaltet waren und die Einschlusskriterien erfüllt wurden. Studien, die bei der Bewertung des Abstracts nicht den genannten Kriterien entsprachen wurden ausgesondert.

Suche in Metasuchmaschinen

Nach Abschluss der Recherche in den genannten Datenbanken erfolgte eine Literaturrecherche in der Metasuchmaschine Metacrawler. Die Treffer dieser Suche waren mit den bereits gefundenen Ergebnissen, sowie den Ergebnissen aus der Handsuche, ident.

Handsuche

Im weiteren Verlauf wurde nach relevanten Publikationen in den Referenzlisten der gefundenen Studien gesucht. Dabei konnte ein weiterer Artikel identifiziert werden, der zur weiteren Beurteilung eingeschlossen wurde.

Letztendlich wurden sechs Studien (inklusive Metasuchmaschinen und Handsuche) eingeschlossen und kritisch bewertet. Anschließend wurden die wichtigsten Ergebnisse der Forschungsarbeiten in der Literaturübersicht dargestellt.

2.3 Grafische Darstellung des Suchverlaufs

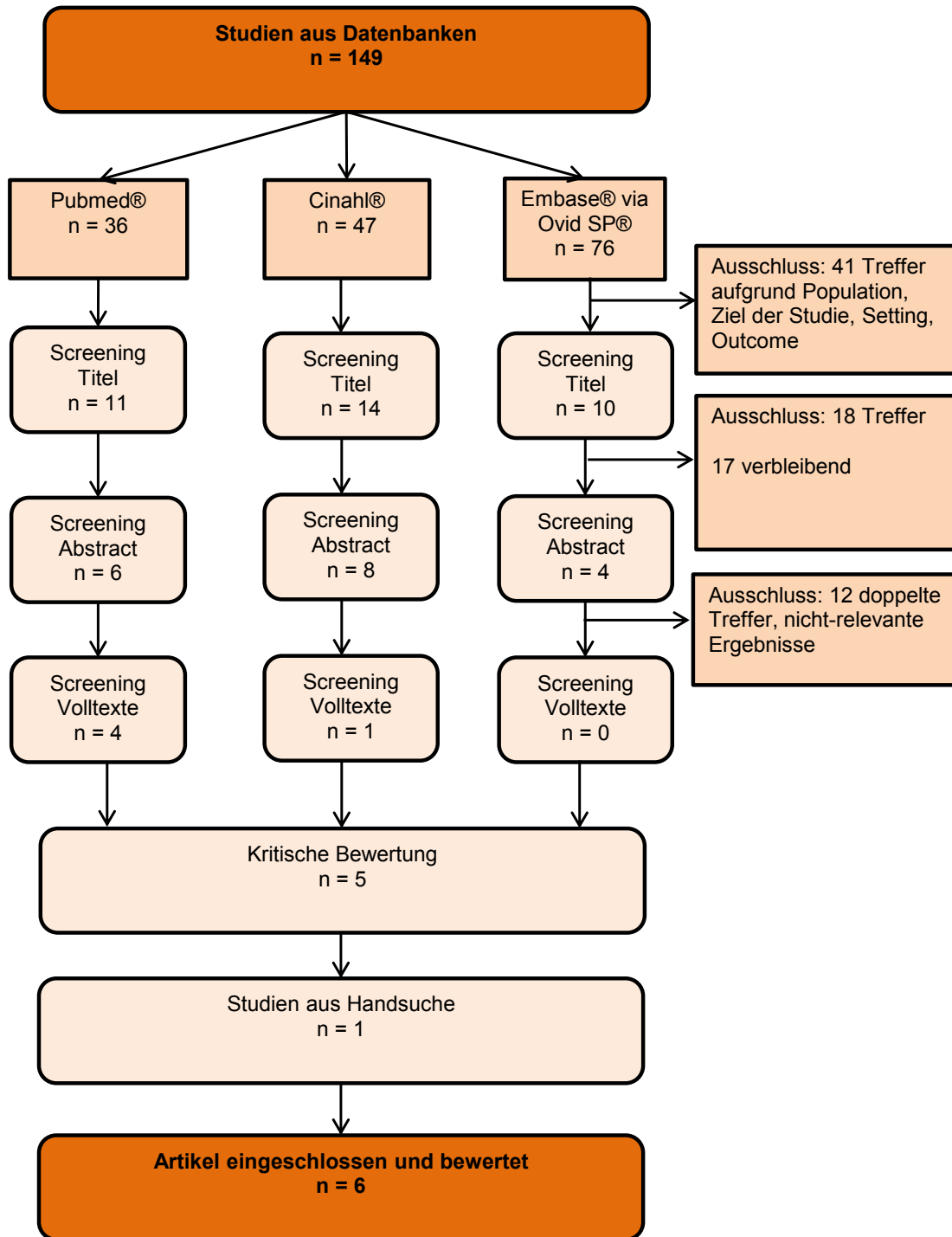


Abbildung 3 Grafische Darstellung des Suchverlaufs

2.4 Bewertung der eingeschlossenen Studien

Die Bewertung der inkludierten Studien erfolgte durch die Autorin anhand des standardisierten Leitfadens von Polit & Beck (2012). Für die Bewertung der quantitativen Studien wurde der *Guide to an overall critique of a quantitative research report* von Polit & Beck (2012) herangezogen. Zur Bewertung der qualitativen Studien wurde der *Guide to an overall critique of a qualitative research report* verwendet. Mit Hilfe dieser Leitfäden können Studien in Hinblick auf Titel, Abstract Einleitung, Methode, Ergebnisse, Diskussion und allgemeine Themen, bewertet werden. Der detaillierte Bewertungsbogen zu den eingeschlossenen Studien kann dem Anhang dieser Arbeit entnommen werden.

Die Studien wurden zuerst bezugnehmend auf ihre Qualität auf einer Skala von 1-5 bewertet, wobei „1“ die beste und „5“ die schlechteste Note war. In der Tabelle wurde die Qualität mit 1= Sehr gut (sehr starke Qualität), 2= Gut (starke Qualität, aber kleine Mängel), 3= Befriedigend (mittlere Qualität der Studie), 4= Genügend (schwache Qualität) und 5= Nicht Genügend (sehr schwache Qualität) dargestellt. Dieses Beurteilungsschema wurde von der Autorin gewählt.

Tabelle 2: Darstellung der Studien aus der Literaturrecherche, Teil 1.

AutorInnen, Journal, Land	Ziel	Design, Messmethode	Population, Stichproben- größe, Setting	Ergebnis	Bewertung
Bachrach - Lindström et al. (2007); Nutrition and Older People; Schweden	Ziel der Studie war es, die Einstellungen vom Pflegepersonal in der geriatrischen Pflege in Bezug auf wichtige Faktoren zur Ernährung zu erfassen.	quantitativ; experimentelles Design	DGKS/P und PH; n=188; geriatrische Pflege	53% der befragten Pflegepersonen hatten positive Einstellungen in Bezug auf wichtige Faktoren zur Ernährung von älteren Menschen. Die Dimension "Intervention" hatte mit 71% positive Einstellungen am besten abgeschnitten.	Sehr gut
Beattie et al. (2013); International Journal of Older People Nursing; Australien	Erfassung von Wissen und Einstellungen in Bezug auf Ernährungsbedürfnisse von PflegeheimbewohnerInnen; Essensgewohnheiten und Einstellungen in Bezug auf Ernährungspraktiken und Organisation in Pflegeheimen	quantitativ;	DGKS/P, PH, Küchenpersonal; n= 76; auf Demenz spezialisierten Einrichtungen	Wissensscores wurden von 1-9 Punkten von möglichen 10 bewertet. Der Mittelwert davon betrug 4,67. 76% der Befragten haben Risikofaktoren für Mangelernährung richtig erkannt. Das Assessment wurde von 83% als wichtig erachtet, während es nur von 53% durchgeführt wurde. Hinderliche Fakoren waren Zeitmangel (56%) und zu wenig Aufmerksamkeit in Bezug auf das Problem (46%).	Befriedigend

Literaturübersicht

Tabelle 3: Darstellung der Studien aus der Literaturrecherche, Teil 2

AutorInnen, Journal, Land	Ziel	Design, Messmethode	Population, Stichproben- größe, Setting	Ergebnis	Bewertung
Boaz et al. (2013); The Journal of Continuing Education in Nursing; Israel	Die Studie hatte zum Ziel, die Assoziation zwischen Wissen und Einstellungen zu Ernährung bei Pflegepersonen zu messen.	quantitativ; cross-sectional survey	DGKS/P; n=106; chirurgische, orthopädische, neurologische und geriatrische Stationen	Ein positiver Zusammenhang wurde im Hinblick auf das gesamte Wissen zu Mangelernährung und der Wichtigkeit von Ernährung in Gesundheit und Krankheit festgestellt.	Befriedigend
Bonetti et al. (2013a); Scandinavian Journal of Caring Sciences; Italien	Die ForscherInnen wollten herausfinden, wie DGKS/P Mangelernährung wahrnehmen.	qualitativ; Fokusgruppen- interviews	DGKS/P; n=33; Ausbildungsrankenhaus mit Fokus auf Geriatrie	Mangelernährung wurde als relevant erachtet. Verglichen mit anderen Pflegeproblemen rückte sie jedoch nach hinten.	Befriedigend
Chang & Lin (2005); Care for older People; Taiwan	Zweck dieser Studie war es ein Trainingsprogramm zur Unterstützung von DemenzpatientInnen zu entwickeln und die Effekte auf Wissen, Einstellungen und Verhalten in Bezug auf Pflegepersonen zu erfassen.	quantitativ; quasi-experimentell	PH; n= 67; zwei Pflegeheime	Die Interventionsgruppe hatte nach dem Trainingsprogramm, verglichen mit der Kontrollgruppe, eine positivere Einstellung und ein besseres Verhalten.	Gut
Christensson et al. (2003); Scandinavian Journal of Caring Sciences, Schweden	Es sollte die Hypothese getestet werden, ob Schulungen im Hinblick auf Ernährung und die Implementierung eines Ernährungsprogrammes die Einstellungen von DGKS/P und PH beeinflussen.	quantitativ; experimentelles Design, vorher- nachher	DGKS/P und PH; n= 185 (Phase 1) n= 198 (Phase 2), Schweden, n= 151 (beide Phasen) Pflegeheime	Eine Schulung und die Implementierung eines Ernährungsprogrammes haben sich nicht signifikant auf die Einstellungen ausgewirkt.	Gut

2.5 Ergebnisse der Literaturrecherche

Die Literaturrecherche hat gezeigt, dass Einstellungen von Pflegepersonen in Pflegeheimen in Bezug auf Mangelernährung international nur wenig erforscht wurden. Speziell im Setting Pflegeheim fehlen die Ergebnisse. Diese sind jedoch auch für das stationäre Setting nur spärlich vorhanden (Adams et al. 2008). Es besteht daher eine Lücke in der Forschung, die es zu schließen gilt.

Insgesamt haben vier Studien die Einstellungen von Pflegepersonen zu Mangelernährung in Pflegeheimen untersucht. Zwei Studien wurden aufgrund der mangelnden Literatur betreffend Pflegeeinrichtungen aus dem stationären Setting ausgeschlossen, weil sie sich mit älteren Menschen beschäftigt haben. Bei fünf Studien wurden quantitative Forschungsansätze gewählt und bei einer wurde qualitativ vorgegangen. Im Folgenden sollen die wesentlichen Ergebnisse der Literaturrecherche zum derzeitigen Kenntnisstand dargestellt werden.

Christensson et al. (2003) untersuchten Pflegepersonen in der Langzeitpflege in Schweden (n=185/198) mithilfe der SANN-Skala (Staff Attitudes to Nutritional Nursing Care Scale). Das Ziel dieser Studie war es herauszufinden, inwieweit ernährungsbezogene Ausbildungsprogramme und die Implementierung von Ernährungsprogrammen eine Veränderung von Einstellungen in Bezug auf Ernährung hervorbringen. Die Studie wurde als vorher-/nachher-Experiment durchgeführt. Im Verlauf der Studie wurde die SANN-Skala entwickelt (Christensson et al. 2003). Als theoretischer Rahmen wurde die Theorie von Fishbein & Ajzen (1975) zugrunde gelegt.

Die SANN-Skala wurde in fünf Dimensionen unterteilt. Diese waren:

- eigene Fähigkeit
- Individualisierung
- Wichtigkeit von Essen
- Assessment
- gesicherte Nahrungsaufnahme

Nach der Entwicklung des Fragebogens und dessen Testung wurde die eigentliche Studie durchgeführt. Es wurden die bestehenden Einstellungen in Bezug auf Mangelernährung erfasst. Anschließend wurde der Effekt eines Trainingsprogrammes mittels SANN-Skala getestet.

DGKS/P (diplomierter/r Gesundheits- und Krankenschwester/pfleger) und PH (PflegehelferInnen) von acht Pflegeeinheiten in Südschweden wurden ersucht an der Studie teilzunehmen (n=185). 176 Personen haben den Fragebogen schließlich ausgefüllt. Ein Jahr später wurde diese Vorgangsweise wiederholt, wobei die Stichprobe n=198 umfasste, wovon

192 Personen den Fragebogen vollständig ausgefüllt haben. Die TeilnehmerInnen wurden in Interventions- (n=86) und Kontrollgruppe (n=106) gesplittet. Die Interventionsgruppe nahm nach der ersten Befragung an einem Trainingsprogramm teil.

Vor der Implementierung des Trainingsprogramms waren 58% der Interventionsgruppe und 55% in der Kontrollgruppe positiv eingestellt. 8% in der Interventionsgruppe und 2% in der Kontrollgruppe waren negativ eingestellt. Die AutorInnen der Studie stellten im Ergebnis fest, dass es keine signifikanten Unterschiede vor und nach dem Trainingsprogramm in der Kontroll- bzw. Interventionsgruppe gab.

Im Jahr 2007 wurde eine ähnliche Studie wie die von Christensson et al. (2003), mit der SANN-G Skala (Staff Attitudes to Nutritional Nursing Care in Geriatrics), die für den geriatrischen Pflegebereich entwickelt wurde, in Schweden durchgeführt (Bachrach-Lindström et al. 2007). Die SANN-G Skala besteht aus den folgenden Dimensionen:

- Normen
- Gewohnheiten
- Assessment
- Interventionen
- Individualisierung

Dabei wurden DGKS/P und PH, die in geriatrischen Rehabilitationszentren, Kliniken und Langzeitpflegeeinrichtungen tätig waren (n=252) zu den Einstellungen zur Ernährung als pflegespezifisches Problem befragt. 33% der befragten Pflegepersonen waren positiv in Bezug auf wichtige Faktoren zur Ernährung in der Pflege eingestellt. Die Qualifikation schien eine Rolle zu spielen. In der Dimension Intervention, die den Umgang mit Ernährungsproblemen umfasst, waren die Einstellungen der Pflegepersonen mit 71% überwiegend positiv. In der Dimension Normen waren die Einstellungen überwiegend negativ oder neutral. 27% der TeilnehmerInnen äußerten positive Einstellungen zur Dimension Normen. Zur Dimension Assessment hatten 35% aller TeilnehmerInnen positive Einstellungen. Auch in den Dimensionen Intervention, Assessment und Individualisierung konnten positive Einstellungen festgestellt werden. (Bachrach-Lindström et al. 2007).

Die Studie von Beattie et al. (2013) wurde in Australien durchgeführt. Sie war Teil eines größeren Projektes. Ziel dieser Arbeit war es, das Wissen zu den Ernährungsbedürfnissen von BewohnerInnen zu untersuchen. Außerdem sollten routinemäßige Abläufe in Bezug auf Ernährung in Pflegeheimen erhoben werden. Schließlich sollte die Einstellung zu diesen und zur Organisation der Abläufe erhoben werden. Die Stichprobe umfasste 76 Personen. Die Befragung beinhaltete Fragen zum Wissen und zu Meinungen zu den Abläufen zum Essen im

Pflegeheim, zur Häufigkeit von Unterstützung/Assistenz durch die Pflegepersonen bei der Nahrungsaufnahme und zum Assessment allgemein. Die AutorInnen gaben an, dass 83% der Befragten das Ernährungsassessment im Rahmen der Pflege wichtig fanden. 53% der TeilnehmerInnen gaben an, Assessments durchzuführen. Hinderliche Faktoren waren dabei Zeitmangel und der Mangel an personellen Ressourcen.

Chang & Lin (2005) gaben in ihrer Untersuchung, bei der sie die Effekte eines Trainingsprogrammes für PH bei BewohnerInnen mit dementiellen Veränderungen in Bezug auf deren Unterstützung beim Essen in Taiwan getestet haben an, dass die Interventionsgruppe verglichen mit der Kontrollgruppe positivere Einstellungen nach dem Trainingsprogramm gezeigt hatte. Untersucht wurden die Effekte bezogen auf das Wissen, die Einstellungen und das Verhalten der PH. Es wurde ein quasi-experimentelles Design gewählt. Die Stichprobe umfasste zwei Pflegeheime im Norden Taiwans. Die TeilnehmerInnen wurden mittels Randomisierung der Kontroll- bzw. der Interventionsgruppe zugewiesen. Insgesamt haben 67 PH teilgenommen. Die Interventionsgruppe hat an einem Trainingsprogramm teilgenommen, durch das sie ihre Fähigkeiten im Hinblick auf die Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme verbessern sollte. Nach dem Trainingsprogramm wussten die Personen der Interventionsgruppe signifikant mehr. Zudem verbesserte sich das Verhalten. Die Einstellungen der PH waren nach dem Trainingsprogramm ebenfalls signifikant positiver.

In einer italienischen Studie von Bonetti et al. (2013a) wollten die ForscherInnen herausfinden, wie das Thema Mangelernährung von institutionalisierten älteren Menschen durch Pflegepersonen in einem Ausbildungs Krankenhaus wahrgenommen wird. Es handelte sich um eine qualitative Studie, bei der Fokusgruppeninterviews mit 33 Personen durchgeführt wurden. Die Pflegepersonen hatten Mangelernährung als wichtiges Thema empfunden. Andere Aspekte in der Pflege wurden jedoch stärker fokussiert. Die Auswahl bezogen auf Mahlzeiten wäre oft auf wenige Möglichkeiten beschränkt. Abläufe in Bezug auf Ernährung wären standardisiert. Zusätzlich wurde angegeben, dass ein personeller und zeitlicher Ressourcenmangel bestünde, sodass auf die Ernährungsaspekte nicht so sehr geachtet werden könne. Aufgrund von Zeitmangel wurden Ernährungsassessments selten durchgeführt. Die Studie zeigte zu allen behandelten Aspekten eher eine negative Einstellung seitens der Pflegepersonen.

In einer Studie von Boaz et al. (2013) wurde das Wissen und die Einstellungen zum Ernährungsassessment bei älteren hospitalisierten PatientInnen untersucht. Es sollte die Beziehung zwischen dem Wissen zu Ernährung, den Einstellungen zu Ernährung und der Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme bei Pflegepersonen im Krankenhaus untersucht werden. Es wurden strukturierte Fragebögen an 106 Pflegepersonen ausgeteilt. Bei den Pflegepersonen handelte es sich ausschließlich um DGKS/P. Im Mittel haben 52% der

Befragten die Antworten richtig beantwortet. Aufgaben der Pflege in Bezug auf Ernährung wie etwa die Unterstützung der PatientInnen bei der Nahrungsaufnahme und die Verabreichung/Bereitstellung von geeignetem Essen für die PatientInnen wurden als relativ unwichtig empfunden. Eine positive Assoziation konnte in Bezug auf das gesamte Wissen zum Thema Ernährung und der Rolle von Ernährung in Gesundheit und Krankheit gefunden werden. Ein positiver Zusammenhang zwischen Wissen und Einstellungen konnte außerdem im Hinblick auf den Stellenwert von Assessments gefunden werden. Die Ernährung wurde von einigen TeilnehmerInnen jedoch auch als ein Problem bezeichnet, dass nicht in den Tätigkeitsbereich der Pflege fällt.

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass Studien existieren, die Einstellungen von Pflegepersonen in Bezug auf Mangelernährung zumindest in irgendeiner Form untersucht haben. Einige davon sind eng mit der Untersuchung von bestehendem Wissen verbunden und vernachlässigen daher auch teilweise die Einstellungen. Die Definitionen von Einstellungen fehlen in den Arbeiten und daher werden Aspekte des Wissens und der Einstellungen miteinander vermischt.

Arbeiten, die mit einer Skala durchgeführt wurden, untersuchten das Problem wesentlich genauer. Die wenigen Forschungsarbeiten zum Thema scheinen einigermaßen konsistent zu sein und weisen keine groben Fehler auf. Sie tendieren auch in dieselbe Richtung. Arbeiten, die ausschließlich die Einstellungen von Pflegepersonen untersuchten sind jedoch kaum vorhanden.

Aus den wenigen Ergebnissen der Literaturübersicht lässt sich ableiten, dass zeitlicher und personeller Ressourcenmangel eine Barriere im Zusammenhang mit positiven Einstellungen darstellen kann. Außerdem kann der Einsatz von Trainingsprogrammen oder Schulungen zur Verbesserung der Einstellungen beitragen (Christensson et al. 2003; Chang & Lin 2005). Die beschriebenen Arbeiten stellen den derzeitigen Forschungsstand jedoch nur ansatzweise dar.

3 ZIEL & FORSCHUNGSFRAGEN

Einstellungen in Bezug auf Mangelernährung wurden in Österreich bisher nicht untersucht. Es gibt nur sehr wenige Studien, die dieses Problem international untersucht haben (Bachrach-Lindström et al. 2007; Christensson et al. 2009;). Die Lücke in der Forschung unterstreicht die Bedeutung dieser Arbeit. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit sollen daher die Einstellungen von Pflegepersonen zu Mangelernährung in österreichischen Pflegeheimen näher betrachtet werden.

Daher ergeben sich für die folgende Studie die untenstehenden Forschungsfragen:

- Welche Einstellungen haben Pflegepersonen zu Mangelernährung in österreichischen Pflegeheimen?
- Wie unterscheiden sich die Einstellungen hinsichtlich unterschiedlicher Charakteristika der Pflegepersonen (Qualifikation, Zusatzqualifikation, Fortbildung, Alter, Erfahrung, Geschlecht, Beschäftigungsausmaß, Art der Station)?

4 METHODE

Im empirischen Teil dieser Arbeit folgt die Datenauswertung einer Erhebung des Instituts für Pflegewissenschaft zu „Wissen und Einstellungen von Pflegepersonen zu Mangelernährung in österreichischen Pflegeheimen“. Diese Arbeit umfasst die Datenauswertung beziehungsweise die Einstellungen von Pflegepersonen zu Mangelernährung.

4.1 Studiendesign

Das Studiendesign ist quantitativ. Es handelt sich um eine deskriptive multizentrische Studie.

4.2 Erhebungsinstrument

Als Erhebungsinstrument um Einstellungen von Pflegepersonen im geriatrischen Bereich zu Mangelernährung zu erfassen, eignet sich die SANN-G Skala, die für die vorliegende Forschungsarbeit herangezogen wurde. Die SANN-G Skala wurde entwickelt um Einstellungen von Pflegepersonen hinsichtlich relevanter Aspekte in Bezug auf Essen und Ernährung zu erfassen. Mittels dieser Skala können einerseits demografische Daten der TeilnehmerInnen und andererseits die Einstellungen anhand der vorgegebenen Items erhoben werden. Die Items, die die Skala enthält, sind an den Pflegeprozess angelehnt. Die Skala besteht aus fünf Dimensionen, denen insgesamt 18 Items zugeordnet werden können. Die Antwortmöglichkeiten basieren auf einer Likert-Skala. Es werden Bewertungen zwischen 1 und 5 abgegeben, wobei 1 für stimme überwiegend zu und 5 für stimme überwiegend nicht zu, steht. Das bedeutet, dass Bewertungen von 4-5 eine positive Einstellung wiedergeben, während Bewertungen von 1-2 für eine negative Einstellung stehen. Die einzelnen Bewertungspunkte werden nach erfolgter Bewertung addiert. Daraus ergibt sich, dass ein Gesamtscore von 18 Punkte die negativste Einstellung und ein Gesamtscore von 90 Punkten, die positivste Einstellung reflektiert (Bachrach-Lindström et al. 2007). Im Jahr 2009 haben Christensson & Bachrach-Lindström die SANN-G Skala auf ihre Tauglichkeit getestet. Dabei haben sie festgestellt, dass die SANN-G Skala ein praktikables Instrument ist um Einstellungen von Pflegepersonal in Bezug auf Mangelernährung im geriatrischen Setting zu erheben.

Die Skala wurde von einem professionellen Übersetzer von Englisch auf Deutsch übersetzt und anschließend von einem Native Speaker rückübersetzt, sodass Fehler bei der Übersetzung der Skala ausgeschlossen werden konnten, die ihre Zuverlässigkeit beeinträchtigen könnten. Die

beiden englischen Versionen wurden zusätzlich miteinander verglichen und auf Unterschiede geprüft. Dabei wurden keine Unterschiede festgestellt.

Dimension	Item
Normen	Erfahrene MitarbeiterInnen wissen immer, was die BewohnerInnen essen sollen. Die Konzipierung von Speiseräumen sollte vorrangig auf die Arbeitserleichterung der MitarbeiterInnen abgestimmt sein. Es ist wichtig, das Essen so zu verteilen, dass alle BewohnerInnen gleich große Portionen erhalten. Vorgefertigte Trinknahrung ist ein guter Ersatz für normale Mahlzeiten. Es ist am besten, wenn das Essen von MitarbeiterInnen auf Tellern, ohne die Mithilfe von BewohnerInnen serviert wird.
Gewohnheiten	Der Nährwert von Mahlzeiten für Menschen über 70 Jahre muss nicht so hoch sein wie bei Mahlzeiten für Jüngere. Eine warme Mahlzeit pro Tag ist ausreichend für Menschen ab 70 Jahren. BewohnerInnen von Pflegeeinrichtungen möchten nicht über ihre früheren Essensgewohnheiten befragt werden. BewohnerInnen mit Schluckstörungen sollten nicht zum eigenständigen Essen ermutigt werden.
Assessment	Es macht keinen Sinn, das Körpergewicht aller BewohnerInnen zu erfassen. Es ist ausreichend, jene BewohnerInnen zu wiegen, deren ÄrztInnen dies verordnet haben. Nur bestimmte BewohnerInnen profitieren von einem Assessment ihres Ernährungsstatus. Übergewichtige BewohnerInnen sollten immer niedrigkalorische Nahrung bekommen.
Intervention	Unterernährung bei älteren Menschen kommt in geriatrischen oder medizinischen Einrichtungen selten vor. BewohnerInnen beim Essen zu helfen erfordert keine besondere Kenntnis oder Erfahrung. Es macht keinen Sinn, BewohnerInnen, die beim Essen Probleme haben, zum eigenständigen Essen anzuleiten.
Individualisierung	Die Individualisierung von Essenszeiten ist nicht möglich. Essenszeiten brauchen nicht individuell abgestimmt zu sein.

Abbildung 4: Die SANN-G Skala dargestellt anhand der Dimensionen und 18 Items.

Reliabilität der SANN-G Skala

Um mittels einer Skala aussagekräftige Werte erfassen zu können, ist die Untersuchung der psychometrischen Eigenschaften einer Skala von Bedeutung. Unter Validität wird das Ausmaß verstanden mit dem ein Instrument das misst, was es messen soll (Polit & Beck 2012). Die Responsiveness ist erforderlich, um Ergebnisse, bezogen auf die Gesundheit über Zeitspannen oder Veränderungen nach gesetzten Interventionen, zu erheben (ERGHO 1997). Informationen zur Validität und Responsiveness der Skala konnten aufgrund des Datensatzes nicht gesammelt werden.

Unter Reliabilität wird das Ausmaß, in dem ein Instrument zuverlässig und genau eine bestimmte Eigenschaft misst, verstanden (Polit & Beck 2012). Für die Skala, die in deutscher Übersetzung für diese Arbeit verwendet wurde, wurde die Homogenität oder auch interne Konsistenz als Maß für die Reliabilität der Skala berechnet. Diese wird mittels Cronbach's Alpha gemessen. Der Wert sollte zwischen 0 und 1 liegen, wobei gilt, dass ein höherer Wert auf eine bessere interne Konsistenz hinweist (Polit & Beck 2012). Wie bereits in der Methode

beschrieben, besteht die SANN-G Skala aus 18 Items. Die Reliabilität, die mittels Cronbach's Alpha ermittelt wurde beträgt für alle 18 Items $\alpha = 0,831$. Das bedeutet, dass das Konzept Einstellungen von der Skala tatsächlich erfasst wird.

Die gefundenen Ergebnisse im Hinblick auf die Reliabilität der SANN-G-Skala in deutscher Übersetzung decken sich mit denen in der Literatur. Christensson & Bachrach-Lindström (2009) erzielten einen Wert für Cronbach's Alpha von $\alpha = 0,83$. Verglichen dazu haben Bonetti et al. (2013b) kürzlich die SANN-G Skala vom Englischen ins Italienische übersetzt und dabei ähnliche Ergebnisse wie die Autorin dieser Arbeit erzielt. So lag die interne Konsistenz für die gesamte Skala bei $\alpha = 0,85$. Außerdem wurde die Inhaltsvalidität und Face Validität untersucht (Bonetti et al. 2013b). Durch die Ergebnisse der Autorin, die durch Forschungsergebnisse untermauert werden können, kann vermutet werden, dass es sich bei der SANN-G Skala um ein reliables Instrument handeln könnte.

4.3 Ethikkommission

Für dieses Forschungsvorhaben wurde ein Antrag bei der Ethikkommission der Medizinischen Universität gestellt. Die Ethikkommission äußerte keine ethischen Bedenken im Hinblick auf diese Studie. Die informierte Zustimmung der TeilnehmerInnen wurde eingeholt. Die TeilnehmerInnen konnten ihr Einverständnis jederzeit zurücknehmen und ihre Teilnahme verweigern.

4.4 Datenerhebung

Im Mai 2012 erging ein Informationsschreiben an alle Pflegeheime, die über eine Bettenkapazität von >50 verfügten. Insgesamt wurden österreichweit 465 Pflegeheime angeschrieben, wovon letztendlich 66 teilgenommen haben. Die Datenerhebung erfolgte im Zeitraum von 07.11.2012 bis 28.02.2013.

Im Rahmen der Datenerhebung wurden 2249 Fragebögen ausgeteilt, die persönlich zu den Pflegedienstleitungen der Pflegeheime gebracht wurden. Die Pflegedienstleitungen haben insgesamt 1936 Fragebögen an das Pflegepersonal ausgeteilt. Nach Erhalt der Fragebögen hatten die TeilnehmerInnen drei bis vier Wochen Zeit um diese auszufüllen. Die ausgefüllten Fragebögen wurden in eine verschlossene Box geworfen. Anschließend wurden die Fragebögen per Post zurückgesandt. Es wurden 1152 Fragebögen ausgefüllt (Rücklaufquote 59,5%).

4.5 Datenanalyse

Die Datenanalyse erfolgte EDV unterstützt mittels SPSS (Statistical Package for the Social Sciences Version 20) und Microsoft Excel 2010. Für alle Items wurden Häufigkeiten berechnet. Für die deskriptive Datenanalyse wurde bei qualitativen Daten der Chi-Quadrat -Test verwendet, wenn die Voraussetzungen dafür erfüllt waren. Bei nicht-normalverteilten quantitativen Daten wurden mittels Mann-Whitney-U-Tests Mittelwerte verglichen. Es wurde ein Signifikanzniveau von $p < 0,05$ festgesetzt. Als hoch signifikant galt ein Wert von $p < 0,001$.

5 ERGEBNISSE

5.1 Basischarakteristika der Stichprobe

Teilnahme

Von den 2249 Fragebögen wurden nur 1936 Fragebögen tatsächlich durch die Pflegedienstleitungen an das Pflegepersonal ausgeteilt. Insgesamt wurden 1152 Fragebögen retourniert. Von den 1152 retournierten Fragebögen waren nicht alle vollständig ausgefüllt. Daher unterscheiden sich die Bezugsgrößen in der nachfolgenden statistischen Auswertung sowohl für die demografischen Angaben, als auch für die Auswertung der Skala. Die Items der Skala wurden von 1005 Personen vollständig ausgefüllt. Abbildung 5 veranschaulicht den Prozess der Datenerhebung. Die Rücklaufquote betrug 59,5%.

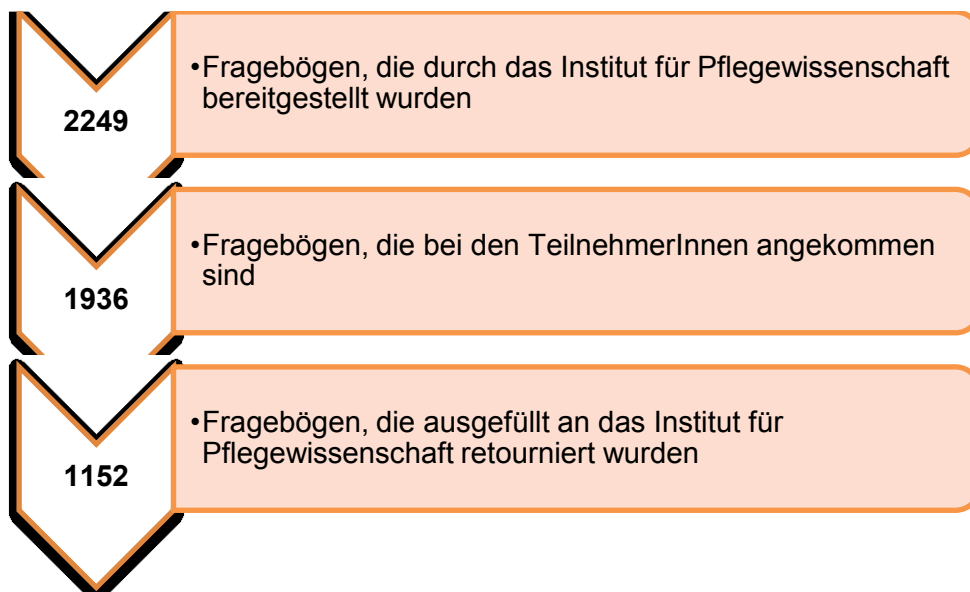


Abbildung 5 Teilnahme an der Studie

Berufsgruppen

Im Rahmen dieser Erhebung wurden unterschiedliche Berufsgruppen befragt. Diese waren: die PH, FSBA (Fach- oder DiplomsozialbetreuerInnen) und DGKS/P. Die Berufsgruppen werden in den folgenden Darstellungen mittels DGKS/P für diplomierter Gesundheits- und Krankenschwester/pfleger und PH für Pflegehilfe abgekürzt. Die Abbildung 6 veranschaulicht die Verteilung der unterschiedlichen Berufsgruppen. Insgesamt gehörten 45,3% zur Berufsgruppe der PH, 7,0% zur Gruppe der FSBA und 38,9% konnten der Berufsgruppe der DGKS/P zugeordnet werden. 8,8% der TeilnehmerInnen haben die Frage nicht beantwortet.

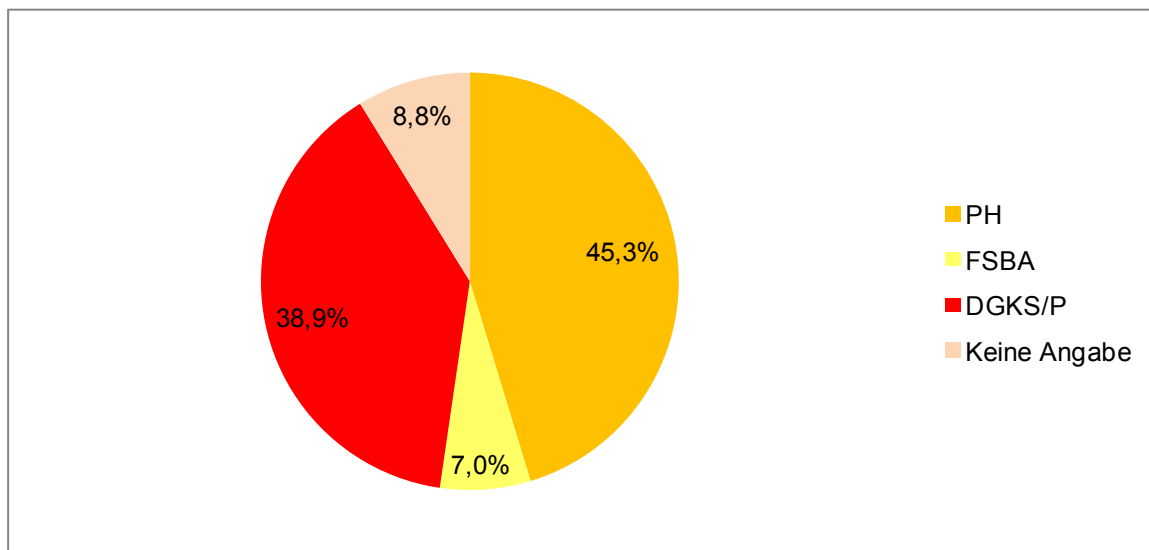


Abbildung 6 TeilnehmerInnen aufgeteilt nach deren Berufsgruppen (n=962)

Die Auswertung wurde nachfolgend nur mit zwei Berufsgruppen dargestellt. Diese sind DGKS/P und PH, da FSBA eine sehr ähnliche Ausbildung haben wie PH und nur wenige Personen aus dieser Berufsgruppe an der Erhebung teilgenommen haben.

Geschlecht

Hinsichtlich des Geschlechts kann gesagt werden, dass die TeilnehmerInnen überwiegend weiblich waren. Dazu ist anzumerken, dass sowohl in der Berufsgruppe der DGKS/P als auch in der Berufsgruppe der PH deutlich mehr Frauen als Männer beschäftigt waren.

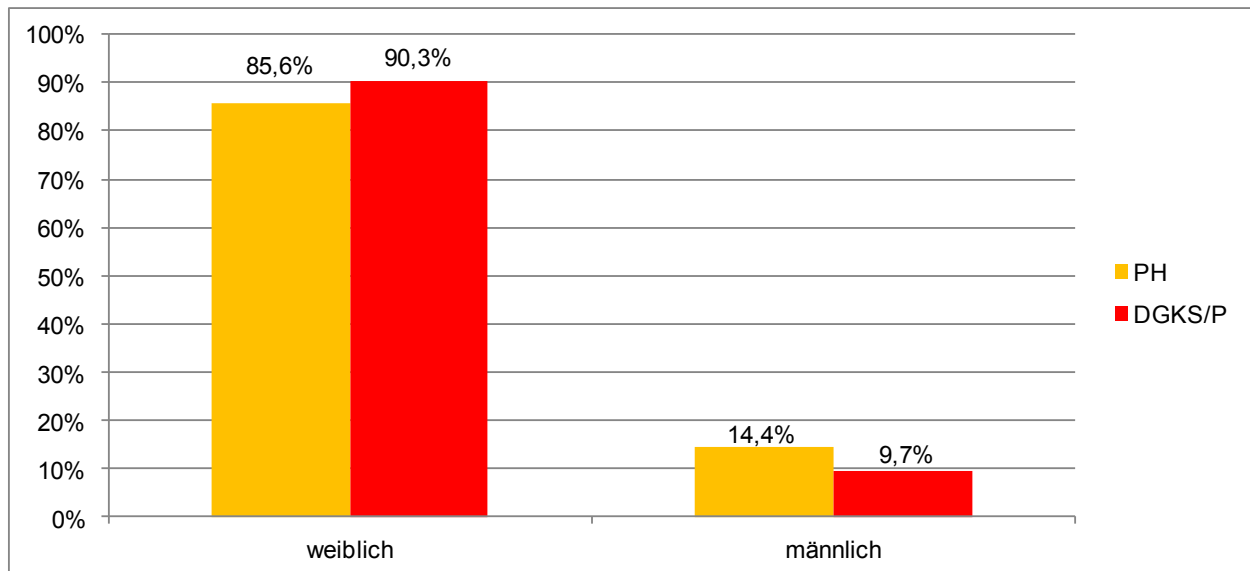


Abbildung 7 Verteilung der Geschlechter innerhalb der jeweiligen Berufsgruppen (n=946)

Alter der TeilnehmerInnen

Das durchschnittliche Alter der TeilnehmerInnen lag bei ca. 43 Jahren (Median). Der Mittelwert betrug 41,3 Jahre.

Die Altersgruppe der 41-50-jährigen Personen war in der Stichprobe am häufigsten vertreten. Grundsätzlich schienen jedoch Personen quer durch alle Altersgruppen an der Studie teilgenommen zu haben.

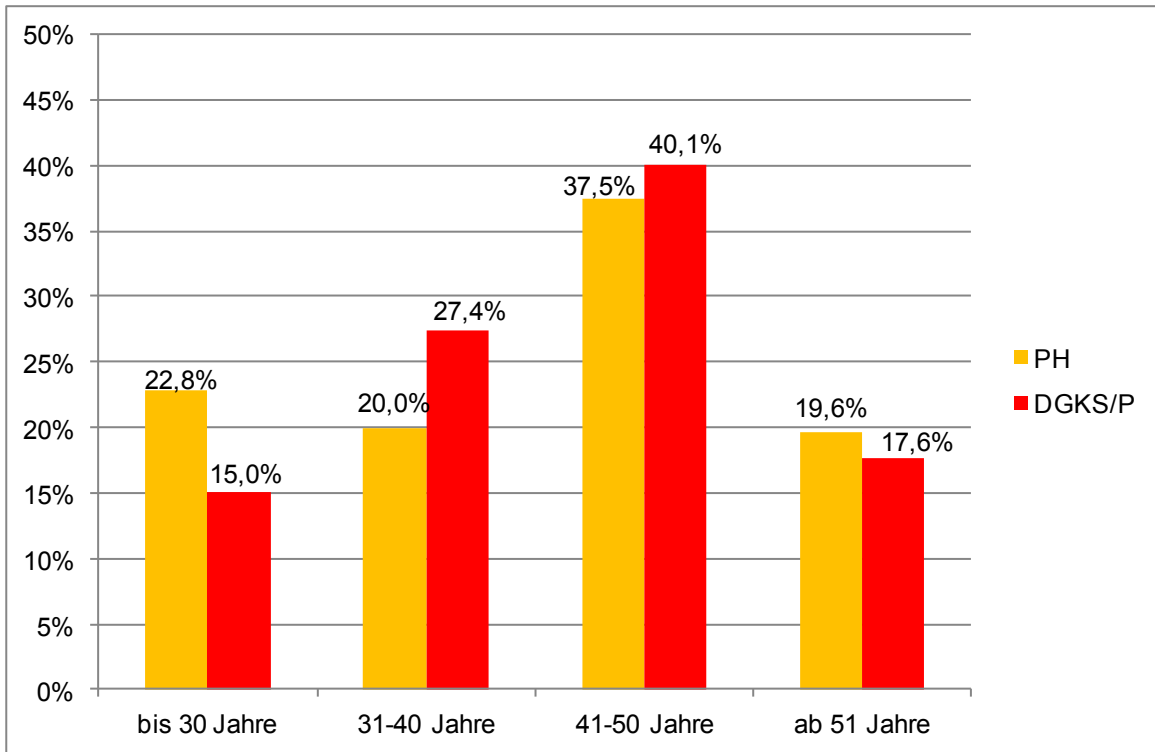


Abbildung 8 Alter der TeilnehmerInnen innerhalb der jeweiligen Berufsgruppe (n=895)

Zusatzqualifikation

Insgesamt wiesen 14,2% der PH und 33,8% der DGKS/P eine Zusatzqualifikation auf.

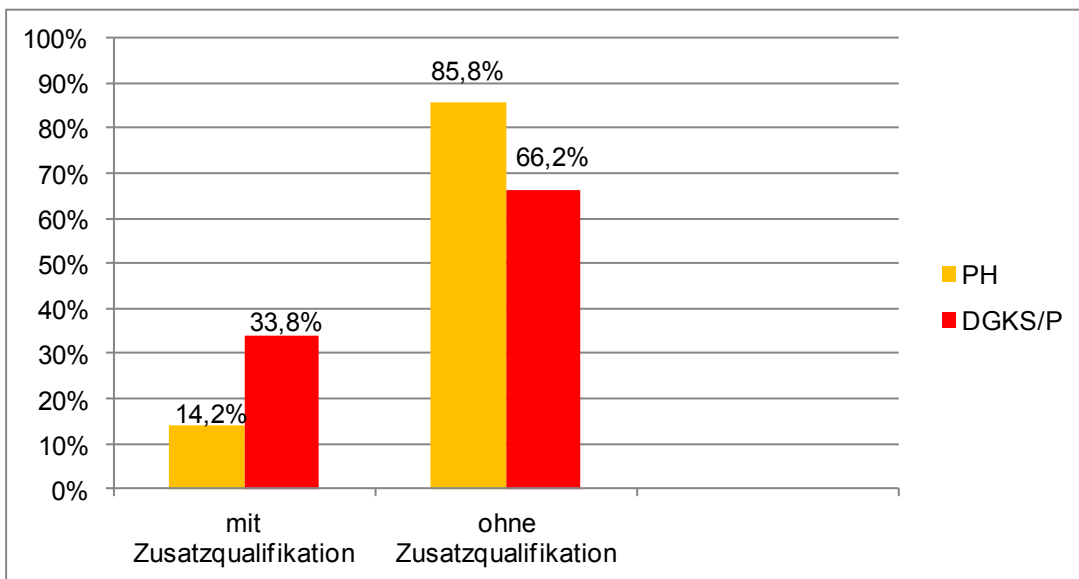


Abbildung 9 TeilnehmerInnen geteilt nach Berufsgruppen mit bzw. ohne Zusatzqualifikation (n=897)

Fortbildung

13,8% der Pflegehilfe und 30,5% der DGKS/P gaben an, dass sie an einer Fortbildung teilgenommen hatten.

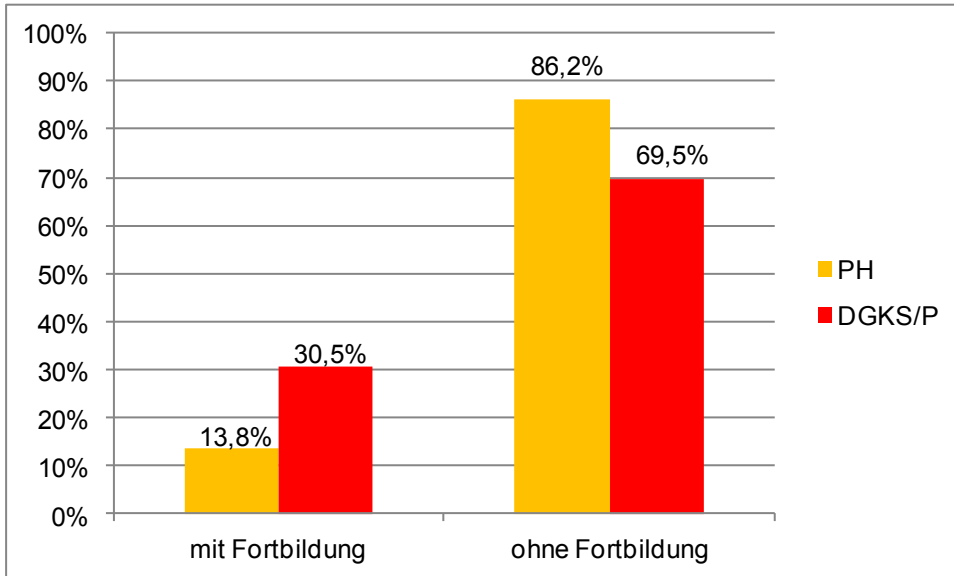


Abbildung 10 TeilnehmerInnen geteilt nach Berufsgruppen mit bzw. ohne Fortbildung (n=943)

Station

Die TeilnehmerInnen haben überwiegend auf Stationen ohne Spezialisierung gearbeitet. Die Verteilung bezogen auf die Berufsgruppen ist in Abbildung 11 ersichtlich.

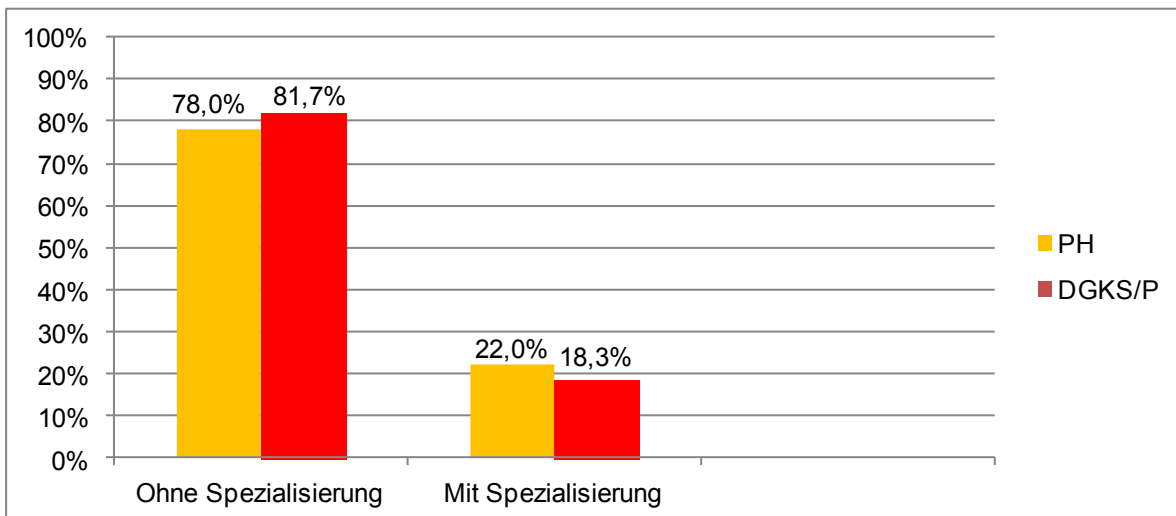


Abbildung 11 TeilnehmerInnen die auf Stationen mit bzw. ohne Spezialisierung tätig sind gesplittet nach Berufsgruppen (n=714)

Beschäftigungsausmaß

Von den befragten TeilnehmerInnen war die Mehrzahl vollzeitbeschäftigt. In der Berufsgruppe der PH arbeiteten 63,6% Vollzeit und innerhalb der DGKS/P wurden von 69,4% Vollzeitstellen besetzt.

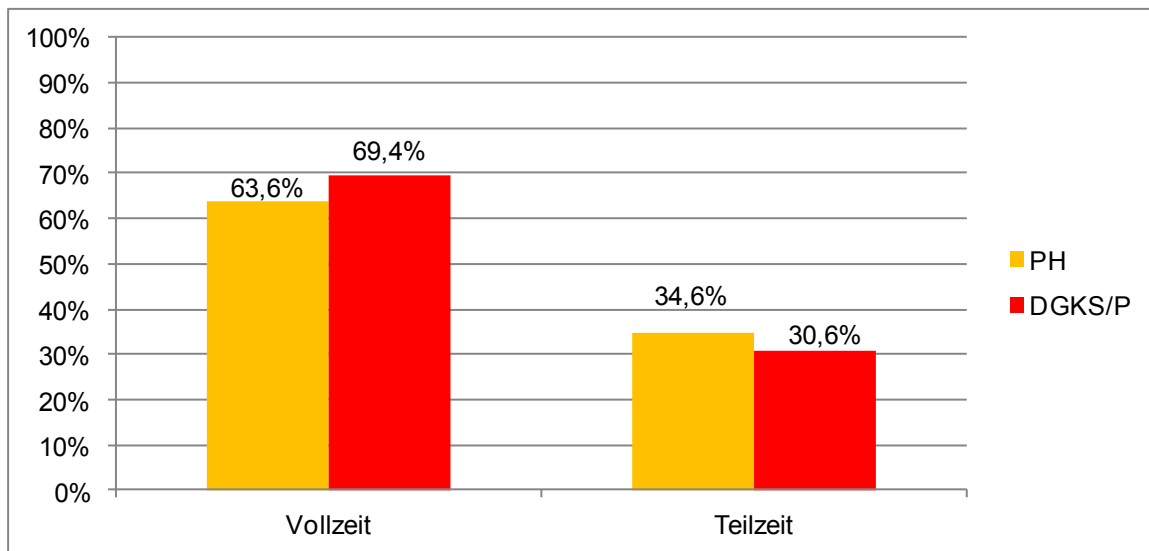


Abbildung 12 Das Beschäftigungsausmaß der TeilnehmerInnen (n=947)

5.2 Einstellung von Pflegepersonen zu Mangelernährung in österreichischen Pflegeheimen

Im Hinblick auf die Forschungsfragen wurden zuerst die Einstellungen der Pflegepersonen insgesamt dargestellt. Danach erfolgte die Auswertung anhand der anderen Charakteristika.

Die Einstellungen von Pflegepersonen insgesamt waren zu 39,8% positiv und zu 60,2% negativ oder neutral. Tabelle 4 zeigt die positiven Einstellungen innerhalb der fünf Dimensionen der Skala.

Tabelle 4 Einstellungen in Prozent gemessen am gesamten Pflegepersonal nach Dimensionen (n=933)

Einstellungen in Prozent gemessen am gesamten Pflegepersonal nach Dimensionen		
Dimension	Einstellungen positiv in %	Einstellungen negativ oder neutral in %
Normen	35,6	64,4
Gewohnheiten	41	59
Assessment	60,2	39,8
Interventionen	71,7	28,3
Individualisierung	55,7	44,3

Anhand von Tabelle 4 kann man erkennen, dass die Einstellungen in der Dimension Interventionen am positivsten waren. Die Pflegepersonen hatten in der Dimension Normen die negativsten Einstellungen.

5.2.1 Unterschiede zwischen den Einstellungen des gesamten Pflegepersonals zu Mangelernährung anhand unterschiedlicher Charakteristika

Mittels statistischer Analyse wurde berechnet, ob sich die Einstellungen in Hinblick auf die Charakteristika Qualifikation, Zusatzqualifikation, Fortbildung, Erfahrung, Beschäftigungsausmaß, Station, Altersgruppen und Geschlecht unterschieden. Die signifikanten Ergebnisse können in Tabelle 5 eingesehen werden. Das Beschäftigungsausmaß, die Art der Station, das Alter, Fortbildungen, das Abschlussjahr und das Geschlecht machten keinen signifikanten Unterschied in den Einstellungen der Pflegepersonen.

Tabelle 5 Errechnete p-Werte für die unterschiedlichen Charakteristika für die Einstellungen des gesamten Pflegepersonals

Einstellungen gesamt	Signifikanz
Qualifikation (n=962)	0,000
Zusatzqualifikation (n=906)	0,000
Beschäftigungsausmaß (n=963)	0,065
Station (n=723)	0,902
Fortbildung (n=959)	0,058
Alter (n=895)	0,952
Abschlussjahr (n=803)	0,080
Geschlecht (n=966)	0,374

5.2.1.1 Qualifikation

DGKS/P hatten häufiger positive Einstellungen als PH (p=0,000).

Tabelle 6 –Einstellungen gesamt bezogen auf das Charakteristikum Qualifikation (n=962)

Qualifikation					
Einstellungen gesamt			Pflegehilfe	DGKS/P	Gesamt
	positive Einstellung	Anzahl	184	199	383
		%	33,6%	48,1%	39,8%
	negative/neutrale Einstellung	Anzahl	364	215	579
		%	66,4%	51,9%	60,2%
Gesamt	Anzahl	548	414	962	

5.2.1.2 Alter

Die statistische Analyse hat gezeigt, dass kein signifikanter Unterschied bezüglich Alter und Einstellungen zu Mangelernährung bestand ($p=0,912$).

Tabelle 7 Einstellungen gesamt bezogen auf das Charakteristikum Alter (n=895)

		Altersgruppen					Gesamt
		bis 30	31-40	41-50	ab 51		
Einstellungen gesamt	positive Einstellung	Anzahl	66	82	141	67	356
		%	38,2%	39,4%	40,8%	39,9%	39,8%
	negative/neutrale Einstellung	Anzahl	107	126	205	101	539
		%	61,8%	60,6%	59,2%	60,1%	60,2%
	Gesamt	Anzahl	173	208	346	168	895

5.2.1.3 Fortbildung

Die Einstellungen unterschieden sich aufgrund von Fortbildungen nicht signifikant (0,058).

Tabelle 8 Einstellungen gesamt bezogen auf das Charakteristikum Fortbildung (n=959)

		Fortbildung			Gesamt
		Ja	Nein		
Einstellungen gesamt	positive Einstellung	Anzahl	93	289	382
		%	45,6%	38,3%	39,8%
	negative/neutrale Einstellung	Anzahl	111	466	577
		%	54,4%	61,7%	60,2%
	Gesamt	Anzahl	204	755	959

5.2.1.4 Zusatzqualifikation

Es gab einen Unterschied zwischen den Einstellungen von Pflegepersonen mit Zusatzqualifikation und ohne. Der p-Wert war hochsignifikant ($p=0,000$).

Tabelle 9 Einstellungen gesamt bezogen auf das Charakteristikum Zusatzqualifikation (n=906)

		Zusatzqualifikation			Gesamt
		Ja	Nein		
Einstellungen gesamt	positive Einstellung	Anzahl	111	248	359
		%	54,1%	35,4%	39,6%
	negative/neutrale Einstellung	Anzahl	94	453	547
		%	45,9%	64,6%	60,4%
	Gesamt	Anzahl	205	701	906

5.2.1.5 Station

Die Einstellungen von Pflegepersonen zu Mangelernährung unterschieden sich nicht aufgrund der Tätigkeit auf Stationen mit bzw. ohne Spezialisierung ($p=0,902$).

Tabelle 10 Einstellungen gesamt bezogen auf das Charakteristikum Station (n=723)

		Station			
Einstellungen gesamt			Ohne Spezialisierung	Mit Spezialisierung	Gesamt
	positive Einstellung	Anzahl	226	58	284
		%	39,2%	39,7%	39,3%
	negative/neutrale Einstellung	Anzahl	351	88	439
		%	60,8%	60,3%	60,7%
Gesamt	Anzahl	577	146	723	

5.2.1.6 Abschlussjahr

Die statistische Analyse hat ergeben, dass es keine Unterschiede in den Einstellungen im Hinblick auf die Erfahrung gab ($p=0,162$).

Tabelle 11 Einstellungen gesamt bezogen auf das Charakteristikum Fortbildung (n=803)

		Abschlussjahr			
Einstellungen gesamt			bis 2007	ab 2008	Gesamt
	positive Einstellung	Anzahl	238	93	331
		%	39,5%	46,5%	41,2%
	negative/neutrale Einstellung	Anzahl	365	107	472
		%	60,5%	53,5%	58,8%
Gesamt	Anzahl	603	200	803	

5.2.1.7 Beschäftigungsausmaß

Entsprechend der errechneten Signifikanz ($p=0,065$) machte das Beschäftigungsausmaß keinen Unterschied bezogen auf die Einstellungen.

Tabelle 12 Einstellungen gesamt bezogen auf das Charakteristikum Beschäftigungsausmaß (n=963)

		Beschäftigungsausmaß			
Einstellungen gesamt			Vollzeit	Teilzeit	Gesamt
	positive Einstellung	Anzahl	240	141	381
		%	37,5%	43,7%	39,6%
	negative/neutrale Einstellung	Anzahl	400	182	582
		%	62,5%	56,3%	60,4%
Gesamt	Anzahl	640	323	963	

5.2.1.8 Geschlecht

Die statistische Analyse hat ergeben, dass es keine signifikanten Unterschiede bezogen auf die die Einstellungen von Pflegepersonen aufgrund des Geschlechts gab ($p=0,374$).

Tabelle 13 Einstellungen gesamt bezogen auf das Charakteristikum Geschlecht (n=966)

		Geschlecht			
		weiblich	männlich	Gesamt	
Einstellungen gesamt	positive Einstellung	Anzahl	339	43	382
		%	40,1%	35,8%	39,5%
	negative/neutrale Einstellung	Anzahl	507	77	584
		%	59,9%	64,2%	60,5%
	Gesamt	Anzahl	846	120	966

5.2.2 Auswertung anhand der Dimensionen

Da die SANN-G Skala in fünf Dimensionen unterteilt werden kann, wurden die Ergebnisse im Nachfolgenden anhand der Dimensionen dargestellt. Für die fünf Dimensionen wurden die erreichten Scores berechnet (siehe Tabelle 14). Je höher der Score dabei ist, desto positiver ist die Einstellung. Tabelle 14 veranschaulicht die Einstellungen der Pflegepersonen zusätzlich anhand der Mediane innerhalb der einzelnen Dimensionen. Dabei wurden cut-off points festgelegt, die dazu dienen, die Einstellungen zu kategorisieren.

Tabelle 14 Einstellungen des gesamten Pflegepersonals gemessen an erreichten Scores

Einstellungen gemessen an erreichten Scores (n=1005)		
Dimension	cut-off point	Median
Normen (5-25)	20	18
Gewohnheiten (4-20)	16	15
Assessment (4-20)	16	16
Interventionen (3-15)	12	13
Individualisierung (2-10)	8	8
Gesamtscore (18-90)	72	69

Vergleicht man die Mediane der in den Dimensionen errechneten Scores, so kann man ebenfalls sehen, dass positive Einstellungen in der Dimension Intervention überwogen haben.

5.2.3 Dimension Normen

Normen	Erfahrene MitarbeiterInnen wissen immer, was die BewohnerInnen essen sollen.
	Die Konzipierung von Speiseräumen sollte vorrangig auf die Arbeitserleichterung der MitarbeiterInnen abgestimmt sein.
	Es ist wichtig, das Essen so zu verteilen, dass alle BewohnerInnen gleich große Portionen erhalten. Vorgefertigte Trinknahrung ist ein guter Ersatz für normale Mahlzeiten.
	Es ist am besten, wenn das Essen von MitarbeiterInnen auf Tellern, ohne die Mithilfe von BewohnerInnen serviert wird.

Abbildung 13 Items der Dimension Normen

5.2.3.1 Einstellungen des gesamten Pflegepersonals

Innerhalb der Dimension Normen gaben 35,6% eine positive Einstellung an, während 64,4% eine neutrale oder negative Einstellung zu den Fragen hatten.

Tabelle 15 zeigt die errechneten Signifikanzen für die unterschiedlichen Charakteristika für das gesamte Pflegepersonal.

Tabelle 15 p-Werte für die unterschiedlichen Charakteristika innerhalb der Dimension Normen

Normen	Signifikanz
Qualifikation (n=962)	0,001
Zusatzqualifikation (n=906)	0,000
Beschäftigungsausmaß (n=963)	0,221
Station (n=723)	0,101
Fortbildung (n=959)	0,537
Alter (n=895)	0,176
Abschlussjahr (n=803)	0,013
Geschlecht (n=966)	0,404

Die statistische Analyse ergab signifikante Werte für die Qualifikation, die Zusatzqualifikation, und das Abschlussjahr. Es gab Unterschiede in den Einstellungen bezogen auf diese Charakteristika.

5.2.3.2 Qualifikation

42% der DGKS/P und 31,6% der PH waren zu den Items der Dimension Normen positiv eingestellt.

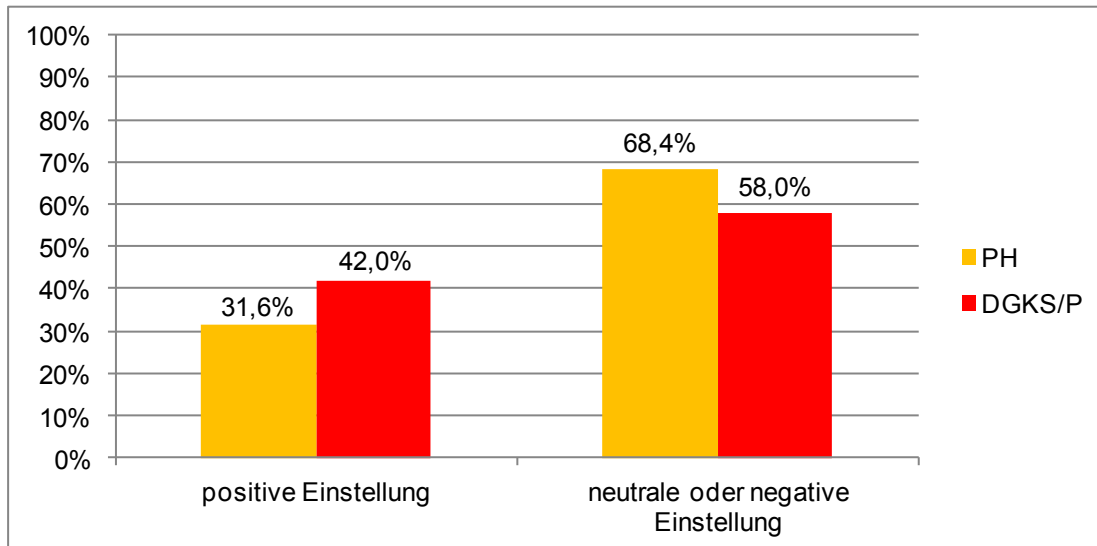


Abbildung 14 Grafische Darstellung der Einstellungen in der Dimension Normen DGKS/P und PH (n=962)

Die statistische Analyse der Gruppen DGKS/P und PH ergab, dass ein hoch signifikanter Unterschied innerhalb der Berufsgruppen bestanden hat ($p=0,001$). Es ist daher mit 99%iger Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass Unterschiede im Hinblick auf positive Einstellungen von Mangelernährung innerhalb der Dimension Normen auf die unterschiedliche Qualifikation zurückgeführt werden können.

5.2.3.3 Alter

Tabelle 16 zeigt die Einstellungen von Pflegepersonen verteilt auf die unterschiedlichen Altersgruppen. Die statistische Analyse hat gezeigt, dass es keine signifikanten Unterschiede bezogen auf die Einstellungen aufgrund des Alters gab. ($p=0,176$).

Tabelle 16 Einstellungen innerhalb von Normen bezogen auf das Charakteristikum Alter (n=895)

		Altersgruppen					
			bis 30	31-40	41-50	ab 51	Gesamt
Normen	positive Einstellung	Anzahl	74	79	116	57	326
		%	42,8%	38,0%	33,5%	33,9%	36,4%
	negative/neutrale Einstellung	Anzahl	99	129	230	111	569
		%	57,2%	62,0%	66,5%	66,1%	63,6%
Gesamt	Anzahl	173	208	346	168	895	

5.2.3.4 Fortbildung

Tabelle 17 zeigt die Einstellungen von Personen mit und ohne Fortbildung. Ein durchgeführter Chi-Quadrat Test hat ergeben, dass es keine signifikanten Unterschiede in der Einstellung von Pflegepersonen zu Mangelernährung aufgrund von absolvierten Fortbildungen gab ($p=0,537$).

Tabelle 17 Einstellungen innerhalb von Normen bezogen auf das Charakteristikum Fortbildung (n=959)

		Fortbildung			
			Ja	Nein	Gesamt
Normen	positive Einstellung	Anzahl	78	271	349
		%	38,2%	35,9%	36,4%
	negative/neutrale Einstellung	Anzahl	126	484	610
		%	61,8%	64,1%	63,6%
Gesamt	Anzahl	204	755	959	

5.2.3.5 Zusatzqualifikation

Tabelle 18 zeigt die Einstellungen von Personen mit und ohne Zusatzqualifikation. Ein durchgeführter Chi-Quadrat Test hat ergeben, dass es signifikante Unterschiede in den Einstellungen aufgrund von etwaigen Zusatzqualifikationen gab ($p=0,000$).

Tabelle 18 Einstellungen innerhalb von Normen bezogen auf das Charakteristikum Zusatzqualifikation (n=906)

		Zusatzqualifikation				
		Ja	Nein	Gesamt		
Normen	positive Einstellung	Anzahl	102	226	328	
		%	49,8%	32,2%	36,2%	
	negative/neutrale Einstellung	Anzahl	103	475	578	
		%	50,2%	67,8%	63,8%	
	Gesamt		Anzahl	205	701	906

5.2.3.6 Station

Tabelle 19 zeigt die Einstellungen von Pflegepersonen anhand der Art der Station. Ein durchgeführter Chi-Quadrat Test hat ergeben, dass es keine signifikanten Unterschiede in den Einstellungen aufgrund von der Tätigkeit auf unterschiedlichen Stationen gab ($p=0,101$).

Tabelle 19 Einstellungen innerhalb von Normen bezogen auf das Charakteristikum Station (n=723)

		Station				
		Ohne Spezialisierung	Mit Spezialisierung	Gesamt		
Normen	positive Einstellung	Anzahl	199	61	260	
		%	34,5%	41,8%	36,0%	
	negative/neutrale Einstellung	Anzahl	378	85	463	
		%	65,5%	58,2%	64,0%	
	Gesamt		Anzahl	577	146	723

5.2.3.7 Abschlussjahr

Tabelle 20 zeigt die Einstellungen von Pflegepersonen anhand des Abschlussjahres. Ein durchgeführter Chi-Quadrat Test hat ergeben, dass es signifikante Unterschiede aufgrund von Erfahrung gab ($p=0,013$).

Tabelle 20 Einstellungen innerhalb von Normen bezogen auf das Charakteristikum Abschlussjahr (n=803)

Abschlussjahr					
Normen			bis 2007	ab 2008	Gesamt
	positive Einstellung	Anzahl	212	90	302
		%	35,2%	45,0%	37,6%
	negative/neutrale Einstellung	Anzahl	391	110	501
		%	64,8%	55,0%	62,4%
Gesamt	Anzahl	603	200	803	

5.2.3.8 Beschäftigungsausmaß

Tabelle 21 zeigt die Einstellungen von Pflegepersonen anhand des Beschäftigungsausmaßes. Die statistische Analyse hat ergeben, dass es keine signifikanten Unterschiede aufgrund des Beschäftigungsausmaßes gab ($p=0,221$).

Tabelle 21 Einstellungen innerhalb von Normen bezogen auf das Charakteristikum Beschäftigungsausmaß (n=963)

Beschäftigungsausmaß					
Normen			Vollzeit	Teilzeit	Gesamt
	positive Einstellung	Anzahl	222	125	347
		%	34,7%	38,7%	36,0%
	negative/neutrale Einstellung	Anzahl	418	198	616
		%	65,3%	61,3%	64,0%
Gesamt	Anzahl	640	323	963	

5.2.3.9 Geschlecht

Tabelle 22 zeigt die Einstellungen von Personen anhand des Geschlechts. Ein durchgeführter Chi-Quadrat Test hat ergeben, dass es signifikante Unterschiede bezogen auf die Einstellungen aufgrund des Geschlechts gab ($p=0,404$).

Tabelle 22 Einstellungen innerhalb von Normen bezogen auf das Charakteristikum Geschlecht (n=966)

		Geschlecht			
			weiblich	männlich	Gesamt
Normen	positive Einstellung	Anzahl	308	39	347
		%	36,4%	32,5%	35,9%
	negative/neutrale Einstellung	Anzahl	538	81	619
		%	63,6%	67,5%	64,1%
	Gesamt	Anzahl	846	120	966

5.2.4 Dimension Gewohnheiten

Gewohnheiten	Der Nährwert von Mahlzeiten für Menschen über 70 Jahre muss nicht so hoch sein wie bei Mahlzeiten für Jüngere.
	Eine warme Mahlzeit pro Tag ist ausreichend für Menschen ab 70 Jahre.
	BewohnerInnen von Pflegeeinrichtungen möchten nicht über Ihre früheren Essensgewohnheiten befragt werden.
	BewohnerInnen mit Schluckstörungen sollten nicht zum eigenständigen Essen ermutigt werden.

Abbildung 14 Items der Dimension Gewohnheiten

5.2.4.1 Einstellungen des gesamten Pflegepersonals

In der Dimension Gewohnheiten hatten 41% der TeilnehmerInnen eine positive Einstellung. Tabelle 23 zeigt die errechneten Signifikanzen für die unterschiedlichen Charakteristika für das gesamte Pflegepersonal.

Tabelle 23 p-Werte für die unterschiedlichen Charakteristika innerhalb der Dimension Gewohnheiten

Gewohnheiten	Signifikanz
Qualifikation (n=962)	0,001
Zusatzqualifikation (n=906)	0,000
Beschäftigungsausmaß (n=963)	0,015
Station (n=723)	0,711
Fortbildung (n=959)	0,013
Alter (n=895)	0,626
Abschlussjahr (n=803)	0,860
Geschlecht (n=966)	0,664

Die statistische Analyse ergab signifikante Werte für Qualifikation, die Zusatzqualifikation, Beschäftigungsausmaß und Fortbildung. Die Einstellungen von Pflegepersonen waren für diese Charakteristika unterschiedlich.

5.2.4.2 Qualifikation

Die Einstellungen von Pflegepersonen unterschieden sich aufgrund der Qualifikation.

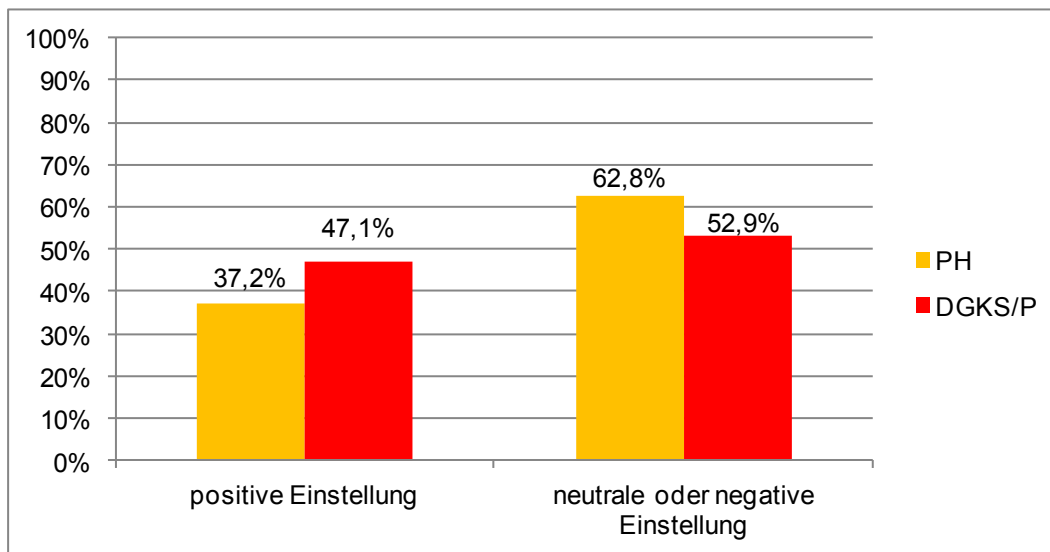


Abbildung 15 Grafische Darstellung der Einstellungen in der Dimension Gewohnheiten PH und DGKS/P (n=962)

Der p-Wert war hoch signifikant ($p=0,001$) Es ist daher mit 99%iger Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass Unterschiede im Hinblick auf die Einstellungen zu Mangelernährung innerhalb der Dimension Gewohnheiten auf die unterschiedliche Qualifikation zurückgeführt werden können.

5.2.4.3 Alter

Tabelle 24 zeigt die Einstellungen verteilt auf die unterschiedlichen Altersgruppen. Ein durchgeführter Chi-Quadrat Test hat ergeben, dass es keine signifikanten Unterschiede aufgrund des Alters gab ($p=0,626$).

Tabelle 24 Einstellungen innerhalb von Gewohnheiten bezogen auf das Charakteristikum Alter (n=895)

		Altersgruppen					Gesamt
		bis 30	31-40	41-50	ab 51		
Gewohnheiten	positive Einstellung	Anzahl	65	87	151	70	373
		%	37,6%	41,8%	43,6%	41,7%	41,7%
	negative/ neutrale Einstellung	Anzahl	108	121	195	98	522
		%	62,4%	58,2%	56,4%	58,3%	58,3%
Gesamt	Anzahl	173	208	346	168	895	

5.2.4.4 Fortbildung

Tabelle 25 zeigt die Einstellungen von Personen mit und ohne Fortbildung. Ein durchgeführter Chi-Quadrat Test hat ergeben, dass es signifikante Unterschiede aufgrund absolvierter Fortbildungen gab ($p=0,013$).

Tabelle 25 Einstellungen innerhalb von Gewohnheiten bezogen auf das Charakteristikum Fortbildungen (n=959)

		Fortbildung			
		Ja	Nein	Gesamt	
Gewohnheiten	positive Einstellung	Anzahl	100	297	397
		%	49,0%	39,3%	41,4%
	negative/neutrale Einstellung	Anzahl	104	458	562
		%	51,0%	60,7%	58,6%
	Gesamt	Anzahl	204	755	959

5.2.4.5 Zusatzqualifikation

Tabelle 26 zeigt die Einstellungen von Personen mit und ohne Zusatzqualifikation. Ein durchgeführter Chi-Quadrat Test hat ergeben, dass es signifikante Unterschiede aufgrund von etwaigen Zusatzqualifikationen gab ($p=0,000$).

Tabelle 26 Einstellungen innerhalb von Gewohnheiten bezogen auf das Charakteristikum Zusatzqualifikationen (n=906)

		Zusatzqualifikation			
		Ja	Nein	Gesamt	
Gewohnheiten	positive Einstellung	Anzahl	113	258	371
		%	55,1%	36,8%	40,9%
	negative/neutrale Einstellung	Anzahl	92	443	535
		%	44,9%	63,2%	59,1%
	Gesamt	Anzahl	205	701	906

5.2.4.6 Station

Tabelle 27 zeigt die Einstellungen von Personen nach Art der Station. Ein durchgeführter Chi-Quadrat Test hat ergeben, dass es keine signifikanten Unterschiede aufgrund der Tätigkeit in unterschiedlichen Stationen gab ($p=0,711$).

Tabelle 27 Einstellungen innerhalb von Gewohnheiten bezogen auf das Charakteristikum Station (n=723)

		Station			
		Ohne Spezialisierung	Mit Spezialisierung	Gesamt	
Gewohnheiten	positive Einstellung	Anzahl	199	61	260
		%	34,5%	41,8%	36,0%
	negative/neutrale Einstellung	Anzahl	378	85	463
		%	65,5%	58,2%	64,0%
Gesamt	Anzahl	577	146	723	

5.2.4.7 Abschlussjahr

Tabelle 28 zeigt die Einstellungen von Personen anhand des Abschlussjahres. Ein durchgeführter Chi-Quadrat Test hat ergeben, dass es signifikante Unterschiede aufgrund von Erfahrung gab ($p=0,860$).

Tabelle 28 Einstellungen innerhalb von Gewohnheiten bezogen auf das Charakteristikum Abschlussjahr (n=803)

		Abschlussjahr			
		bis 2007	ab 2008	Gesamt	
Gewohnheiten	positive Einstellung	Anzahl	258	87	345
		%	42,8%	43,5%	43,0%
	negative/neutrale Einstellung	Anzahl	345	113	458
		%	57,2%	56,5%	57,0%
Gesamt	Anzahl	603	200	803	

5.2.4.8 Beschäftigungsausmaß

Tabelle 29 zeigt die Einstellungen von Personen anhand des Beschäftigungsausmaßes. Ein durchgeführter Chi-Quadrat Test hat ergeben, dass es signifikante Unterschiede aufgrund des Beschäftigungsausmaßes gab ($p=0,015$).

Tabelle 29 Einstellungen innerhalb von Gewohnheiten bezogen auf das Charakteristikum Beschäftigungsausmaß (n=963)

		Beschäftigungsausmaß				
		Vollzeit	Teilzeit	Gesamt		
Gewohnheiten	positive Einstellung	Anzahl	247	151	398	
		%	38,6%	46,7%	41,3%	
	negative/neutrale Einstellung	Anzahl	393	172	565	
		%	61,4%	53,3%	58,7%	
	Gesamt		Anzahl	640	323	963

5.2.4.9 Geschlecht

Tabelle 30 zeigt die Einstellungen von Personen anhand der Geschlechter. Ein durchgeführter Chi-Quadrat Test hat ergeben, dass es signifikante Unterschiede aufgrund des Geschlechts gab ($p=0,664$).

Tabelle 30 Einstellungen innerhalb von Gewohnheiten bezogen auf das Charakteristikum Geschlecht (n=966)

		Geschlecht				
		weiblich	männlich	Gesamt		
Gewohnheiten	positive Einstellung	Anzahl	349	47	396	
		%	41,3%	39,2%	41,0%	
	negative/neutrale Einstellung	Anzahl	497	73	570	
		%	58,7%	60,8%	59,0%	
	Gesamt		Anzahl	846	120	966

5.2.5 Dimension Assessment

Assessment	Es macht keinen Sinn, das Körpergewicht aller BewohnerInnen zu erfassen.
	Es ist ausreichend, jene BewohnerInnen zu wiegen, deren ÄrztInnen dies verordnet haben.
	Nur bestimmte BewohnerInnen profitieren von einem Assessment ihres Ernährungsstatus.
	Übergewichtige BewohnerInnen sollten immer niedrigkalorische Nahrung bekommen.

Abbildung 16 Items der Dimension Assessment

5.2.5.1 Einstellungen des gesamten Pflegepersonals

Das Pflegepersonal hatte in der Dimension Assessment zu 60,2% positive Einstellungen.

Tabelle 31 zeigt die errechneten Signifikanzen für die unterschiedlichen Charakteristika bezogen auf das gesamte Pflegepersonal.

Tabelle 31 Signifikanzen für die unterschiedlichen Charakteristika innerhalb der Dimension Assessment

Assessment	Signifikanz
Qualifikation (n=962)	0,869
Zusatzqualifikation (n=906)	0,008
Beschäftigungsausmaß (n=963)	0,320
Station (n=723)	0,638
Fortbildung (n=959)	0,242
Alter (n=895)	0,958
Abschlussjahr (n=803)	0,869
Geschlecht (n=966)	0,544

Die statistische Analyse ergab signifikante Werte für die Qualifikation und Zusatzqualifikation. Es gab Unterschiede in den Einstellungen bezogen auf diese Charakteristika.

5.2.5.2 Qualifikation

Innerhalb der unterschiedlichen Berufsgruppen sahen die Einstellungen des Personals zu Mangelernährung folgendermaßen aus:

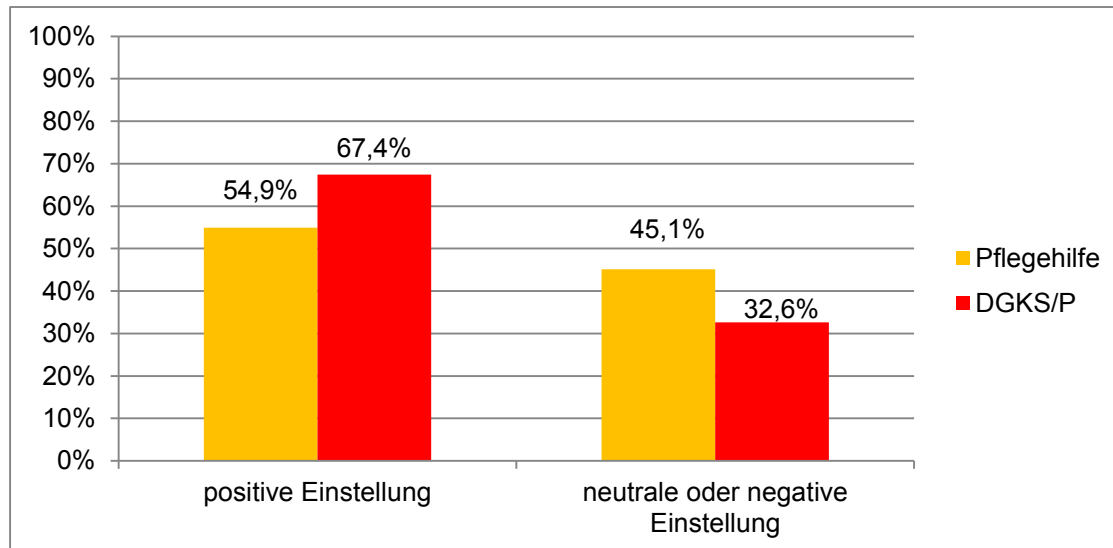


Abbildung 17 Grafische Darstellung der Einstellungen in der Dimension Assessment von DGKS/P und PH (n=962)

Der p-Wert war hoch signifikant ($p=0,000$) Es ist daher mit 99%iger Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass Unterschiede im Hinblick auf die Einstellungen zu Mangelernährung innerhalb der Dimension Assessment auf die unterschiedliche Qualifikation zurückgeführt werden können.

5.2.5.3 Alter

Tabelle 32 zeigt die Einstellungen verteilt auf die unterschiedlichen Altersgruppen. Ein durchgeführter Chi-Quadrat Test hat ergeben, dass es keine signifikanten Unterschiede aufgrund des Alters gab ($p=0,958$).

Tabelle 32 Einstellungen innerhalb von Assessment bezogen auf das Charakteristikum Alter (n=895)

		Altersgruppen					Gesamt
		bis 30	31-40	41-50	ab 51		
Assessment	positive Einstellung	Anzahl	103	126	214	101	544
		%	59,5%	60,6%	61,8%	60,1%	60,8%
	negative/ neutrale Einstellung	Anzahl	70	82	132	67	351
		%	40,5%	39,4%	38,2%	39,9%	39,2%
Gesamt		Anzahl	173	208	346	168	895

5.2.5.4 Fortbildung

Tabelle 33 zeigt die Einstellungen von Personen mit und ohne Fortbildung. Ein durchgeführter Chi-Quadrat Test hat ergeben, dass es keine signifikanten Unterschiede aufgrund absolvierter Fortbildungen gab ($p=0,242$).

Tabelle 33 Einstellungen innerhalb von Assessment bezogen auf das Charakteristikum Fortbildung (n=959)

		Fortbildung			
		Ja	Nein	Gesamt	
Assessment	positive Einstellung	Anzahl	130	447	577
		%	63,7%	59,2%	60,2%
	negative/neutrale Einstellung	Anzahl	74	308	382
		%	36,3%	40,8%	39,8%
Gesamt		Anzahl	204	755	959

5.2.5.5 Zusatzqualifikation

Tabelle 34 zeigt die Einstellungen von Personen mit und ohne Zusatzqualifikation. Ein durchgeführter Chi-Quadrat Test hat ergeben, dass es signifikante Unterschiede aufgrund von etwaigen Zusatzqualifikationen gab ($p=0,008$).

Tabelle 34 Einstellungen innerhalb von Assessment bezogen auf das Charakteristikum Zusatzqualifikation (n=906)

		Zusatzqualifikation			
		Ja	Nein	Gesamt	
Assessment	positive Einstellung	Anzahl	140	407	547
		%	68,3%	58,1%	60,4%
	negative/neutrale Einstellung	Anzahl	65	294	359
		%	31,7%	41,9%	39,6%
Gesamt		Anzahl	205	701	906

5.2.5.6 Station

Tabelle 35 zeigt die Einstellungen von Personen anhand der Art der Station. Ein durchgeführter Chi-Quadrat Test hat ergeben, dass es keine signifikanten Unterschiede aufgrund von der Tätigkeit in unterschiedlichen Stationen gab ($p=0,638$).

Tabelle 35 Einstellungen innerhalb von Assessment bezogen auf das Charakteristikum Station (n=723)

Station					
Assessment			Ohne Spezialisierung	Mit Spezialisierung	Gesamt
	positive Einstellung	Anzahl	345	90	435
		%	59,8%	61,6%	60,2%
	negative/neutrale Einstellung	Anzahl	232	56	288
		%	40,2%	38,4%	39,8%
Gesamt	Anzahl	577	146	723	

5.2.5.7 Abschlussjahr

Tabelle 36 zeigt die Einstellungen von Personen nach Abschlussjahr. Ein durchgeführter Chi-Quadrat Test hat ergeben, dass es signifikante Unterschiede aufgrund von Erfahrung gab ($p=0,869$).

Tabelle 36 Einstellungen innerhalb von Assessment bezogen auf das Charakteristikum Abschlussjahr (n=803)

Abschlussjahr					
Assessment			bis 2007	ab 2008	Gesamt
	positive Einstellung	Anzahl	379	127	506
		%	62,9%	63,5%	63,0%
	negative/neutrale Einstellung	Anzahl	224	73	297
		%	37,1%	36,5%	37,0%
Gesamt	Anzahl	603	200	803	

5.2.5.8 Beschäftigungsausmaß

Tabelle 37 zeigt die Einstellungen von Personen anhand des Beschäftigungsausmaßes. Ein durchgeführter Chi-Quadrat Test hat ergeben, dass es keine signifikanten Unterschiede aufgrund des Beschäftigungsausmaßes gab ($p=0,320$).

Tabelle 37 Einstellungen innerhalb von Assessment bezogen auf das Charakteristikum Beschäftigungsausmaß (n=963)

		Beschäftigungsausmaß				
		Vollzeit	Teilzeit	Gesamt		
Assessment	positive Einstellung	Anzahl	377	201	578	
		%	58,9%	62,2%	60,0%	
	negative/neutrale Einstellung	Anzahl	263	122	385	
		%	41,1%	37,8%	40,0%	
	Gesamt		Anzahl	640	323	963

5.2.5.9 Geschlecht

Tabelle 38 zeigt die Einstellungen von Personen aufgeteilt nach Geschlecht. Ein durchgeführter Chi-Quadrat Test hat ergeben, dass es keine signifikanten Unterschiede in den Einstellungen aufgrund des Geschlechts gab ($p=0,544$).

Tabelle 38 Einstellungen innerhalb von Assessment bezogen auf das Charakteristikum Geschlecht (n=966)

		Geschlecht				
		weiblich	männlich	Gesamt		
Assessment	positive Einstellung	Anzahl	511	69	580	
		%	60,4%	57,5%	60,0%	
	negative/neutrale Einstellung	Anzahl	335	51	386	
		%	39,6%	42,5%	40,0%	
	Gesamt		Anzahl	846	120	966

5.2.6 Dimension Intervention

Intervention	Unterernährung bei älteren Menschen kommt in geriatrischen oder medizinischen Einrichtungen selten vor. BewohnerInnen beim Essen zu helfen erfordert keine besondere Kenntnis oder Erfahrung. Es macht keinen Sinn, BewohnerInnen, die beim Essen Probleme haben, zum eigenständigen Essen anzuleiten.
---------------------	--

Abbildung 18 Items der Dimension Intervention

5.2.6.1 Einstellungen des gesamten Pflegepersonals

In der Dimension Intervention waren die Einstellungen von Pflegepersonen zu 71,7% positiv. Tabelle 39 zeigt die errechneten Signifikanzen für die unterschiedlichen Charakteristika für das gesamte Pflegepersonal.

Tabelle 39 p-Werte für die unterschiedlichen Charakteristika innerhalb der Dimension Intervention

Interventionen	Signifikanz
Qualifikation (n=962)	0,000
Zusatzqualifikation (n=906)	0,016
Beschäftigungsausmaß (n=963)	0,024
Station (n=723)	0,422
Fortbildung (n=959)	0,305
Alter (n=895)	0,333
Abschlussjahr (n=803)	0,172
Geschlecht (n=966)	0,085

Die statistische Analyse ergab signifikante Werte für die Qualifikation, die Zusatzqualifikation und Beschäftigungsausmaß. Die Einstellungen waren bezogen auf diese Charakteristika unterschiedlich.

5.2.6.2 Qualifikation

Die Einstellungen von Pflegepersonen wurden folgendermaßen angegeben:

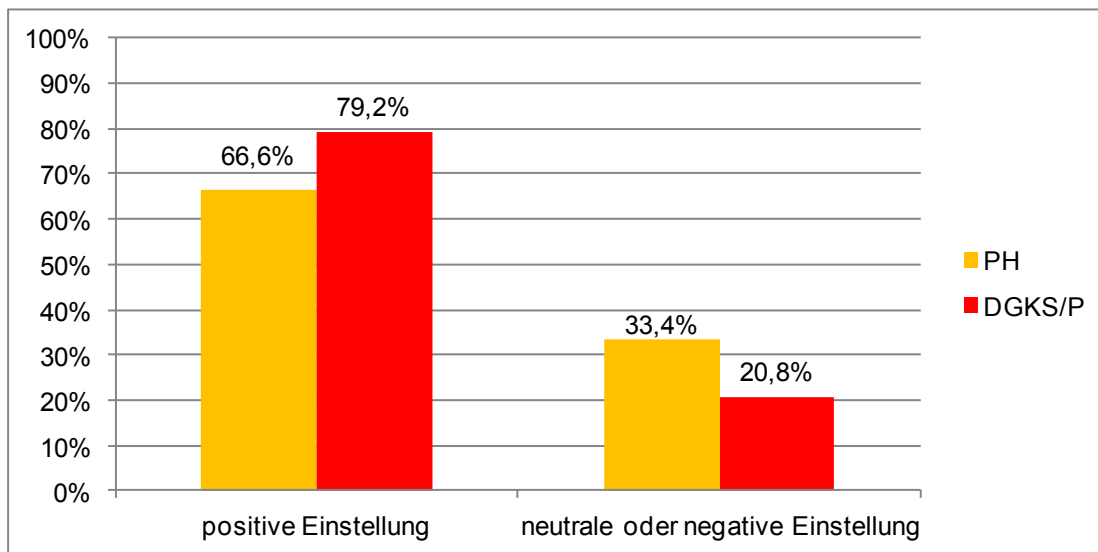


Abbildung 19 Grafische Darstellung der Einstellungen in der Dimension Intervention von DGKS/P und PH (n=962).

Der p-Wert war hoch signifikant ($p=0,000$) Es ist daher mit 99%iger Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass Unterschiede im Hinblick auf die Einstellungen zu Mangelernährung innerhalb der Dimension Intervention auf die unterschiedliche Qualifikation zurückgeführt werden können.

5.2.6.3 Alter

Tabelle 40 zeigt die Einstellungen verteilt auf die unterschiedlichen Altersgruppen. Die statistische Analyse hat ergeben, dass es keine signifikanten Unterschiede aufgrund des Alters gab ($p=0,333$).

Tabelle 40 Einstellungen innerhalb von Intervention bezogen auf das Charakteristikum Alter (n=895)

		Altersgruppen					
		bis 30	31-40	41-50	ab 51	Gesamt	
Intervention	positive Einstellung	Anzahl	130	155	253	113	651
		%	75,1%	74,5%	73,1%	67,3%	72,7%
	negative/neutrale Einstellung	Anzahl	43	53	93	55	244
		%	24,9%	25,5%	26,9%	32,7%	27,3%
Gesamt		Anzahl	173	208	346	168	895

5.2.6.4 Fortbildung

Tabelle 41 zeigt die Einstellungen von Personen mit und ohne Fortbildung. Ein durchgeführter Chi-Quadrat Test hat ergeben, dass es keine signifikanten Unterschiede aufgrund absolvierter Fortbildungen gab ($p=0,305$).

Tabelle 41 Einstellungen innerhalb von Intervention bezogen auf das Charakteristikum Fortbildung (n=959)

		Fortbildung				
		Ja	Nein	Gesamt		
Intervention	positive Einstellung	Anzahl	152	535	687	
		%	74,5%	70,9%	71,6%	
	negative/neutrale Einstellung	Anzahl	52	220	272	
		%	25,5%	29,1%	28,4%	
	Gesamt		Anzahl	204	755	959

5.2.6.5 Zusatzqualifikation

Tabelle 42 zeigt die Einstellungen von Personen mit und ohne Zusatzqualifikation. Ein durchgeführter Chi-Quadrat Test hat ergeben, dass es signifikante Unterschiede aufgrund von etwaigen Zusatzqualifikationen gab ($p=0,016$).

Tabelle 42 Einstellungen innerhalb von Intervention bezogen auf das Charakteristikum Zusatzqualifikation (n=906)

		Zusatzqualifikation				
		Ja	Nein	Gesamt		
Intervention	positive Einstellung	Anzahl	161	490	651	
		%	78,5%	69,9%	71,9%	
	negative/neutrale Einstellung	Anzahl	44	211	255	
		%	21,5%	30,1%	28,1%	
	Gesamt		Anzahl	205	701	906

5.2.6.6 Station

Tabelle 43 zeigt die Einstellungen von Personen mit nach Art der Station. Ein durchgeführter Chi-Quadrat Test hat ergeben, dass es keine signifikanten Unterschiede aufgrund der Tätigkeit auf unterschiedlichen Stationen gab ($p=0,422$).

Tabelle 43 Einstellungen innerhalb von Intervention bezogen auf das Charakteristikum Station (n=723)

		Station			
Intervention			Ohne Spezialisierung	Mit Spezialisierung	Gesamt
	positive Einstellung	Anzahl	407	98	505
		%	70,5%	67,1%	69,8%
	negative/neutrale Einstellung	Anzahl	170	48	218
		%	29,5%	32,9%	30,2%
Gesamt	Anzahl	577	146	723	

5.2.6.7 Abschlussjahr

Tabelle 44 zeigt die Einstellungen von Personen anhand des Abschlussjahres. Ein durchgeführter Chi-Quadrat Test hat ergeben, dass es signifikante Unterschiede aufgrund von Erfahrung gab ($p=0,172$).

Tabelle 44 Einstellungen innerhalb von Intervention bezogen auf das Charakteristikum Abschlussjahr (n=803)

		Abschlussjahr			
Intervention			bis 2007	ab 2008	Gesamt
	positive Einstellung	Anzahl	441	156	597
		%	73,1%	78,0%	74,3%
	negative/neutrale Einstellung	Anzahl	162	44	206
		%	26,9%	22,0%	25,7%
Gesamt	Anzahl	603	200	803	

5.2.6.8 Beschäftigungsausmaß

Tabelle 45 zeigt die Einstellungen von Personen anhand des Beschäftigungsausmaßes. Ein durchgeführter Chi-Quadrat Test hat ergeben, dass es signifikante Unterschiede aufgrund des Beschäftigungsausmaßes gab ($p=0,024$).

Tabelle 45 Einstellungen innerhalb von Intervention bezogen auf das Charakteristikum Abschlussjahr (n=963)

		Beschäftigungsausmaß			
Intervention			Vollzeit	Teilzeit	Gesamt
	positive Einstellung	Anzahl	445	247	692
		%	69,5%	76,5%	71,9%
	negative/neutrale Einstellung	Anzahl	195	76	271
		%	30,5%	23,5%	28,1%
Gesamt	Anzahl	640	323	963	

5.2.6.9 Geschlecht

Die Tabelle 46 zeigt die Einstellungen von Personen anhand des Geschlechts. Die statistische Analyse hat ergeben, dass es keine signifikanten Unterschiede aufgrund des Geschlechts gab ($p=0,085$).

Tabelle 46 Einstellungen innerhalb von Intervention bezogen auf das Charakteristikum Geschlecht (n=966)

		Geschlecht			
Intervention			weiblich	männlich	Gesamt
	positive Einstellung	Anzahl	614	78	692
		%	72,6%	65,0%	71,6%
	negative/neutrale Einstellung	Anzahl	232	42	274
		%	27,4%	35,0%	28,4%
Gesamt	Anzahl	846	120	966	

5.2.7 Dimension Individualisierung

Individualisierung	Die Individualisierung von Essenszeiten ist nicht möglich. Essenszeiten brauchen nicht individuell abgestimmt zu sein.
---------------------------	---

Abbildung 20 Items der Dimension Individualisierung

5.2.7.1 Einstellungen des gesamten Pflegepersonals

55,7% des gesamten Pflegepersonals hatte positive Einstellungen zur Dimension Individualisierung. Tabelle 47 zeigt die errechneten Signifikanzen für die unterschiedlichen Charakteristika für das gesamte Pflegepersonal.

Tabelle 47 p-Werte für die unterschiedlichen Charakteristika innerhalb der Dimension Individualisierung

Individualisierung	Signifikanz
Qualifikation (n=962)	0,011
Zusatzqualifikation (n=906)	0,007
Beschäftigungsausmaß (n=963)	0,096
Station (n=723)	0,231
Fortbildung (n=959)	0,093
Alter (n=895)	0,740
Abschlussjahr (n=803)	0,502
Geschlecht (n=966)	0,870

Die statistische Analyse ergab signifikante Werte für die Qualifikation, die Zusatzqualifikation und das Beschäftigungsausmaß. Es gab Unterschiede in den Einstellungen bezogen auf diese Charakteristika.

5.2.7.2 Qualifikation

Positive Einstellungen in der Dimension Individualisierung konnten, wie in Abbildung 21 dargestellt, errechnet werden. DGKS/P waren positiver eingestellt als PH.

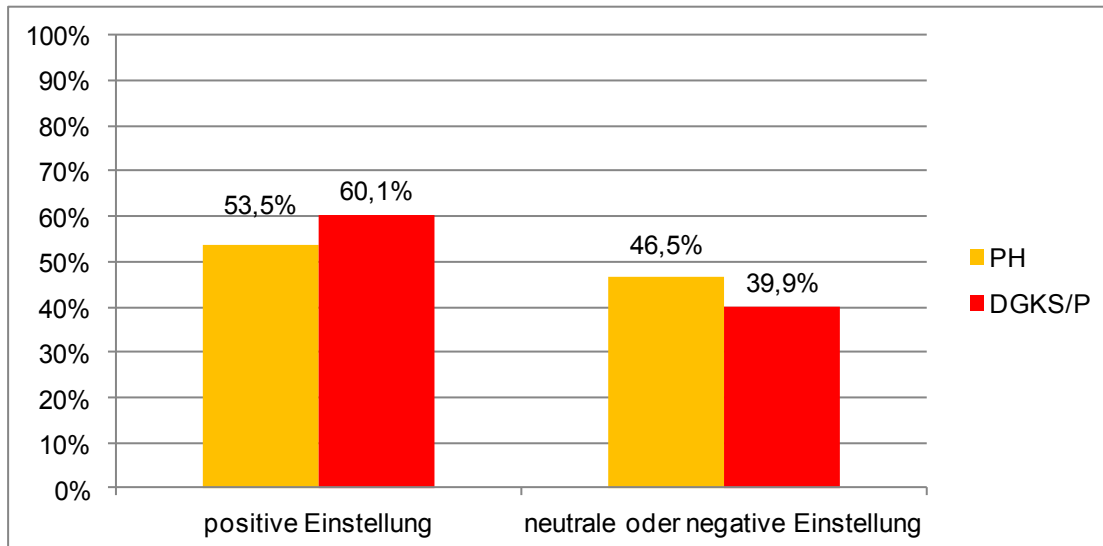


Abbildung 21 Grafische Darstellung der Einstellungen in der Dimension Individualisierung von DGKS/P und PH (n=962)

Der p-Wert war signifikant ($p=0,011$) Es ist daher mit 95%iger Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass Unterschiede im Hinblick auf die Einstellungen zu Mangelernährung innerhalb der Dimension Individualisierung auf die unterschiedliche Qualifikation zurückgeführt werden können.

5.2.7.3 Alter

Tabelle 48 zeigt die Einstellungen innerhalb der unterschiedlichen Altersgruppen. Die statistische Analyse hat ergeben, dass es keine signifikanten Unterschiede aufgrund des Alters gab ($p=0,740$).

Tabelle 48 Einstellungen innerhalb von Individualisierung bezogen auf das Charakteristikum Alter (n=895)

		Altersgruppen					Gesamt
		bis 30	31-40	41-50	ab 51		
Individualisierung	positive Einstellung	Anzahl	101	110	195	95	501
		%	58,4%	52,9%	56,4%	56,5%	56,0%
	negative/neutrale Einstellung	Anzahl	72	98	151	73	394
		%	41,6%	47,1%	43,6%	43,5%	44,0%
Gesamt	Anzahl	173	208	346	168	895	

5.2.7.4 Fortbildung

Tabelle 49 zeigt die Einstellungen von Personen mit und ohne Fortbildung. Ein durchgeführter Chi-Quadrat Test hat ergeben, dass es keine signifikanten Unterschiede aufgrund von absolvierten Fortbildungen gab ($p=0,305$).

Tabelle 49 Einstellungen innerhalb von Individualisierung bezogen auf das Charakteristikum Fortbildung (n=959)

		Fortbildung				
		Ja	Nein	Gesamt		
Individualisierung	positive Einstellung	Anzahl	125	413	538	
		%	61,3%	54,7%	56,1%	
	negative/neutrale Einstellung	Anzahl	79	342	421	
		%	38,7%	45,3%	43,9%	
	Gesamt		Anzahl	204	755	959

5.2.7.5 Zusatzqualifikation

Tabelle 50 zeigt die Einstellungen von Personen mit und ohne Zusatzqualifikation. Die statistische Analyse hat gezeigt, dass es signifikante Unterschiede aufgrund von etwaigen Zusatzqualifikationen gab ($p=0,007$).

Tabelle 50 Einstellungen innerhalb von Individualisierung bezogen auf das Charakteristikum Zusatzqualifikation (n=906)

		Zusatzqualifikation				
		Ja	Nein	Gesamt		
Individualisierung	positive Einstellung	Anzahl	131	373	504	
		%	63,9%	53,2%	55,6%	
	negative/neutrale Einstellung	Anzahl	74	328	402	
		%	36,1%	46,8%	44,4%	
	Gesamt		Anzahl	205	701	906

5.2.7.6 Station

Tabelle 51 zeigt die Einstellungen von Personen nach Art der Station. Es gab keine signifikanten Unterschiede aufgrund der Tätigkeit auf unterschiedlichen Stationen ($p=0,231$).

Tabelle 51 Einstellungen innerhalb von Individualisierung bezogen auf das Charakteristikum Station (n=723)

Station					
Individualisierung			Ohne Spezialisierung	Mit Spezialisierung	Gesamt
	positive Einstellung	Anzahl		316	88
%			54,8%	60,3%	55,9%
negative/neutrale Einstellung	Anzahl		261	58	319
	%		45,2%	39,7%	44,1%
Gesamt	Anzahl		577	146	723

5.2.7.7 Abschlussjahr

Tabelle 52 zeigt die Einstellungen von Personen nach Abschlussjahr. Es gab keine signifikanten Unterschiede in den Einstellungen aufgrund von Erfahrung ($p=0,502$).

Tabelle 52 Einstellungen innerhalb von Individualisierung bezogen auf das Charakteristikum Abschlussjahr (n=803)

Abschlussjahr					
Individualisierung			bis 2007	ab 2008	Gesamt
	positive Einstellung	Anzahl		348	110
%			57,7%	55,0%	57,0%
negative/neutrale Einstellung	Anzahl		255	90	345
	%		42,3%	45,0%	43,0%
Gesamt	Anzahl		603	200	803

5.2.7.8 Beschäftigungsausmaß

Tabelle 53 zeigt die Einstellungen von Personen anhand des Beschäftigungsausmaßes. Es gab keine signifikanten Unterschiede aufgrund des Beschäftigungsausmaßes ($p=0,096$).

Tabelle 53 Einstellungen innerhalb von Individualisierung bezogen auf das Charakteristikum Beschäftigungsausmaß (n=963)

Beschäftigungsausmaß					
Individualisierung			Vollzeit	Teilzeit	Gesamt
	positive Einstellung	Anzahl		369	168
%			57,7%	52,0%	55,8%
negative/neutrale Einstellung	Anzahl		271	155	426
	%		42,3%	48,0%	44,2%
Gesamt	Anzahl		640	323	963

5.2.7.9 Geschlecht

Tabelle 54 zeigt die Einstellungen von Personen dargestellt anhand des Geschlechts. Es gab keine signifikanten Unterschiede bezogen auf die Einstellungen aufgrund des Geschlechts ($p=0,870$).

Tabelle 54 Einstellungen innerhalb von Individualisierung bezogen auf das Charakteristikum Geschlecht

Geschlecht					
Individualisierung			weiblich	männlich	Gesamt
	positive Einstellung	Anzahl		472	66
%			55,8%	55,0%	55,7%
negative/neutrale Einstellung	Anzahl		374	54	428
	%		44,2%	45,0%	44,3%
Gesamt	Anzahl		846	120	966

Abschließend sollen Tabelle 55 und Tabelle 56 die Antworten der Befragten anhand aller 18 Items wiedergeben. In Tabelle 56 sind die Antworten gesplittet nach Berufsgruppen angegeben. Die wichtigsten Ergebnisse können wiederum in der Dimension Interventionen wiedergefunden werden.

In der Dimension **Normen** wurde der Aspekt der Erfahrung im Zusammenhang mit der Kompetenz von Pflegepersonen, die richtige Nahrung auszuwählen erfragt. Es hat sich gezeigt, dass die Pflegepersonen dahingehend positiv eingestellt waren, Speisräume nicht auf die Arbeitserleichterung auszurichten. Zudem scheint vorgefertigte Trinknahrung für die Pflegepersonen kein adäquater Ersatz für Mahlzeiten zu sein und die Portionsgröße sollte individuell auf die Bedürfnisse der BewohnerInnen abgestimmt sein.

In der Dimension **Gewohnheiten** hatte sich vor allem gezeigt, dass Pflegepersonen positiv dahingehend eingestellt waren, die BewohnerInnen zu ihren früheren Essgewohnheiten zu befragen und BewohnerInnen mit Schluckstörungen zur eigenständigen Nahrungsaufnahme ermutigen.

In der Dimension **Assessment** waren die Pflegepersonen der Erfassung des Gewichts gegenüber positiv eingestellt. Die TeilnehmerInnen haben angegeben, dass BewohnerInnen nicht nur aufgrund ärztlicher Verordnung gewogen werden sollten. Einigen Personen schien auch klar zu sein, dass Mangelernährung nicht unbedingt nur normalgewichtige BewohnerInnen betreffen muss.

In der Dimension **Intervention**, in der die Einstellungen am positivsten waren, wurden entsprechende Maßnahmen gesetzt um BewohnerInnen adäquat zu unterstützen. So erachtete es das Pflegepersonal als wichtig über ausreichend Wissen zu verfügen, um BewohnerInnen zum eigenständigen Essen anleiten zu können.

In der Dimension **Individualisierung** stimmten die befragten Personen zu etwa einem Drittel zu, dass Essenszeiten individualisiert sein sollten und dass dies auch möglich wäre.

Anhand von Tabelle 56 kann man sehen, dass die Einstellungen der DGKS/P nahezu immer positiver waren als die der PH. Die Schwankungen waren jedoch häufig nicht eklatant.

Ergebnisse

Tabelle 55: Antworten der 18 Items in % durch das gesamte Pflegepersonal

	Items	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Unentschieden	Stimme eher nicht zu	Stimme gar nicht zu
Normen	Erfahrene MitarbeiterInnen wissen immer, was die BewohnerInnen essen sollen.	16,2	21,3	18,8	20,6	23,1
	Die Konzipierung von Speiseräumen sollte vorrangig auf die Arbeitserleichterung der MitarbeiterInnen abgestimmt sein.	9,7	10,5	22,1	28,0	29,7
	Es ist wichtig, das Essen so zu verteilen, dass alle BewohnerInnen gleich große Portionen erhalten.	3,5	6,4	8,4	27,5	54,2
	Vorgefertigte Trinknahrung ist ein guter Ersatz für normale Mahlzeiten.	4,9	11,4	18,4	30,9	34,4
	Es ist am besten, wenn das Essen von MitarbeiterInnen auf Tellern, ohne die Mithilfe von BewohnerInnen serviert wird.	15,8	16,8	24,5	24,7	18,2
Gewohnheiten	Der Nährwert von Mahlzeiten für Menschen über 70 Jahre muss nicht so hoch sein wie bei Mahlzeiten für Jüngere.	13,5	18,4	12,9	20,4	34,8
	Eine warme Mahlzeit pro Tag ist ausreichend für Menschen ab 70 Jahre.	19,2	25,5	14,7	23,7	16,9
	BewohnerInnen von Pflegeeinrichtungen möchten nicht über Ihre früheren Essensgewohnheiten befragt werden.	2,1	2,5	7,0	24,0	64,4
	BewohnerInnen mit Schluckstörungen sollten nicht zum eigenständigen Essen ermutigt werden.	10,3	9,5	16,1	25,9	38,2
Assessment	Es macht keinen Sinn, das Körpergewicht aller BewohnerInnen zu erfassen.	3,7	3,6	4,6	13,4	74,7
	Es ist ausreichend, jene BewohnerInnen zu wiegen, deren ÄrztInnen dies verordnet haben.	5,7	5,4	5,3	20,2	63,4
	Nur bestimmte BewohnerInnen profitieren von einem Assessment ihres Ernährungsstatus.	3,6	12,8	21,5	28,8	33,3
	Übergewichtige BewohnerInnen sollten immer niedrigkalorische Nahrung bekommen.	11,6	20,4	22,9	29,3	15,8
Intervention	Unterernährung bei älteren Menschen kommt in geriatrischen oder medizinischen Einrichtungen selten vor.	2,5	8,5	18,3	38,5	32,2
	BewohnerInnen beim Essen zu helfen erfordert keine besondere Kenntnis oder Erfahrung.	2,1	5,6	9,1	34,3	48,9
	Es macht keinen Sinn, BewohnerInnen, die beim Essen Probleme haben, zum eigenständigen Essen anzuleiten.	2,9	4,3	8,1	30,8	53,9
Individualisierung	Die Individualisierung von Essenszeiten ist nicht möglich.	6,6	15,7	18,9	26,9	31,9
	Essenszeiten brauchen nicht individuell abgestimmt zu sein.	3,8	8,1	17,0	32,2	38,9

Ergebnisse

Tabelle 56: Antworten der 18 Items in % durch die unterschiedlichen Berufsgruppen

	Items	Stimme voll zu		Stimme eher zu		Unentschieden		Stimme eher nicht zu		Stimme gar nicht zu	
		DGKS	PH	DGKS	PH	DGKS	PH	DGKS	PH	DGKS	PH
Normen	Erfahrene MitarbeiterInnen wissen immer, was die BewohnerInnen essen sollen.	13,8	17,2	22,7	20,4	16,4	21,2	22,9	19,7	24,2	21,5
	Die Konzipierung von Speiseräumen sollte vorrangig auf die Arbeitserleichterung der MitarbeiterInnen abgestimmt sein.	5,8	10,6	8,2	12,4	20,8	23,9	30,7	27,0	34,5	26,1
	Es ist wichtig, das Essen so zu verteilen, dass alle BewohnerInnen gleich große Portionen erhalten.	2,2	4,4	4,3	7,1	7,0	8,8	20,8	32,3	65,7	47,4
	Vorgefertigte Trinknahrung ist ein guter Ersatz für normale Mahlzeiten.	3,9	5,8	10,9	11,3	16,2	19,5	31,9	31,4	37,2	31,9
	Es ist am besten, wenn das Essen von MitarbeiterInnen auf Tellern, ohne die Mithilfe von BewohnerInnen serviert wird.	13,0	17,9	17,4	17,2	23,9	24,5	23,9	24,6	21,7	15,9
Gewohnheiten	Der Nährwert von Mahlzeiten für Menschen über 70 Jahre muss nicht so hoch sein wie bei Mahlzeiten für Jüngere.	11,6	14,2	15,0	20,4	8,9	15,9	20,5	20,8	44,1	28,6
	Eine warme Mahlzeit pro Tag ist ausreichend für Menschen ab 70 Jahre.	17,9	20,3	22,7	27,2	15,5	13,5	24,2	24,8	19,8	14,1
	BewohnerInnen von Pflegeeinrichtungen möchten nicht über Ihre früheren Essensgewohnheiten befragt werden.	1,4	2,2	2,2	2,6	6,5	7,7	21,0	26,6	68,9	60,9
	BewohnerInnen mit Schluckstörungen sollten nicht zum eigenständigen Essen ermutigt werden.	8,0	11,3	7,7	10,8	15,0	16,2	29,0	24,3	40,3	37,4
Assessment	Es macht keinen Sinn, das Körpergewicht aller BewohnerInnen zu erfassen.	2,4	4,6	2,4	4,0	3,9	5,1	12,8	14,1	78,4	72,3
	Es ist ausreichend, jene BewohnerInnen zu wiegen, deren ÄrztInnen dies verordnet haben.	4,6	6,4	3,6	6,2	4,6	5,5	15,9	23,5	71,3	58,4
	Nur bestimmte BewohnerInnen profitieren von einem Assessment ihres Ernährungsstatus.	2,7	4,2	12,8	13,5	16,4	24,6	30,4	27,9	37,7	29,8
	Übergewichtige BewohnerInnen sollten immer niedrigkalorische Nahrung bekommen.	9,4	13,0	17,9	22,3	20,0	25,0	31,6	27,8	21,0	12,0
Intervention	Unterernährung bei älteren Menschen kommt in geriatrischen oder medizinischen Einrichtungen selten vor.	1,2	3,1	7,0	9,5	15,0	20,8	38,2	39,8	38,6	26,8
	BewohnerInnen beim Essen zu helfen erfordert keine besondere Kenntnis oder Erfahrung.	1,2	2,7	4,1	6,6	6,3	10,8	32,9	35,6	55,6	44,2
	Es macht keinen Sinn, BewohnerInnen, die beim Essen Probleme haben, zum eigenständigen Essen anzuleiten.	2,4	3,1	1,7	5,8	6,8	8,9	28,5	33,9	60,6	48,3
Individualisierung	Die Individualisierung von Essenszeiten ist nicht möglich.	7,0	4,9	15,9	15,5	15,9	21,5	26,6	28,1	34,7	29,9
	Essenszeiten brauchen nicht individuell abgestimmt zu sein.	2,4	4,7	7,5	7,1	14,3	19,2	32,1	33,2	43,7	35,8

6 DISKUSSION

6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse im Hinblick auf die Forschungsfragen

Die Studie „Wissen und Einstellungen von Pflegepersonen zu Mangelernährung in österreichischen Pflegeheimen“ war die erste Studie in Österreich, die dieses Thema untersucht hat. Dazu wurde eine deskriptive multizentrische Untersuchung durchgeführt. Ziel der Arbeit war es, die Einstellungen von Pflegepersonen in Bezug auf Mangelernährung näher zu untersuchen. Die Auswertung erfolgte zuerst bezogen auf das gesamte Pflegepersonal, dann für die Berufsgruppen PH und DGKS/P. Außerdem wurden weitere Charakteristika untersucht, die Unterschiede in den Einstellungen hervorbringen könnten.

Die Ergebnisse der Literaturrecherche (siehe 2.5) werden mit den Ergebnissen des empirischen Teils dieser Arbeit verglichen. Abschließend erfolgt die Diskussion der Stärken und Schwächen der Studie.

6.1.1 Einstellungen des gesamten Pflegepersonals

Das gesamte Pflegepersonal war zu 39,8% positiv zum Thema Mangelernährung eingestellt. Das Delta teilte sich in neutrale und negative Einstellungen auf. Positive Einstellungen unterschieden sich signifikant im Hinblick auf Qualifikation und Zusatzqualifikation, bezogen auf die gesamte Skala. Für die übrigen Charakteristika konnten keine Unterschiede festgestellt werden.

Die Auswertung für die einzelnen Dimensionen ergab, dass 71,7% der Pflegepersonen positiv zur Dimension Intervention eingestellt waren. Die Einstellungen waren in der Dimension Assessment zu 60,2%, in der Dimension Individualisierung zu 55,7%, in der Dimension Gewohnheiten zu 41% und in der Dimension Normen zu 35,6%, positiv.

6.1.2 Ergebnisse in Bezug auf unterschiedliche Charakteristika

6.1.2.1 Qualifikation, Fortbildungen & Zusatzqualifikation

Wie bereits zu den Einstellungen des gesamten Pflegepersonals unter 6.1.1 festgestellt wurde, konnten unterschiedliche Einstellungen der TeilnehmerInnen auf die Qualifikation zurückgeführt werden. Es konnten für jede Dimension statistisch signifikante Ergebnisse nachgewiesen werden. Statistisch hoch signifikante Ergebnisse konnten für die Dimensionen Normen, Assessment, Gewohnheiten und Interventionen gefunden werden.

Positive Einstellungen unterschieden sich aufgrund von Fortbildungen nur in der Dimension Gewohnheiten signifikant.

Es wurde untersucht, ob sich die Einstellungen der TeilnehmerInnen mit bzw. ohne Zusatzqualifikation unterscheiden. Die TeilnehmerInnen mit Zusatzqualifikationen waren zu Mangelernährung positiver eingestellt, als jene ohne Zusatzqualifikation.

6.1.2.2 Beschäftigungsausmaß

Es wurde untersucht, ob sich die Einstellungen der TeilnehmerInnen bezogen auf Voll- bzw. Teilzeitbeschäftigung signifikant unterscheiden. Bezogen auf die gesamte Skala konnten keine Unterschiede gefunden werden. Für die Dimensionen Gewohnheiten, Intervention und Individualisierung konnten statistisch signifikante Werte nachgewiesen werden.

6.1.2.3 Abschlussjahr

Unterschiede im Hinblick auf Einstellungen der TeilnehmerInnen aufgrund der Erfahrung, konnten nur für die Dimension Assessment statistisch nachgewiesen werden.

6.1.2.4 Alter, Geschlecht, Station

Diese Charakteristika brachten keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Einstellungen von Pflegepersonen hervor.

6.2 Diskussion der Ergebnisse

Im Hinblick auf die Forschungsfragen konnte im Rahmen dieser Masterarbeit herausgefunden werden, dass die Einstellungen von Pflegepersonen zu Mangelernährung insgesamt zu 39,8% positiv und zu 60,2% negativ waren. Damit vergleichbar ist die Studie von Bachrach-Lindström et al. (2007), bei der die Einstellungen von Pflegepersonen (n=252) zu 33% positiv waren. Das sind sehr ähnliche Ergebnisse.

Bezogen auf die Dimensionen erreichen Bachrach-Lindström et al. (2007) ebenfalls ähnliche Ergebnisse. Die Einstellungen zur Dimension Interventionen waren in dieser Masterarbeit zu 71,7% positiv. Bachrach-Lindström et al. (2007) kamen zu einem Ergebnis von 71%. Negative bzw. neutrale Einstellungen wurden am häufigsten in beiden Forschungsarbeiten in der Dimension Normen beobachtet. Hier haben in dieser Masterarbeit 35,6% der TeilnehmerInnen eine positive Einstellung angegeben. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch Bachrach-Lindström et al. (2007) mit 27%.

6.2.1.1 Unterschiede in den Einstellungen aufgrund Charakteristika der Pflegepersonen

Im Hinblick auf die unterschiedlichen Qualifikationen kommt die vorliegende Forschungsarbeit zum Ergebnis, dass DGKS/P deutlich positiver eingestellt sind als PH. Das haben auch Bachrach-Lindström et al. (2007) und Christensson et al. (2003) feststellen können. Eine mögliche Erklärung dafür, warum die Einstellungen von DGKS/P deutlich positiver sind, als die der PH könnte sein, dass DGKS/P in ihrer Ausbildung vermehrt Schwerpunkte auf Mangelernährung setzen (Lehrpläne Bundesland Steiermark). Außerdem ist die Ausbildung von DGKS/P insgesamt deutlich umfangreicher. Dem Modul Ernährung widmen sich DGKS/P in ihrer Ausbildung mit insgesamt 30 Stunden länger als PH mit 25 Stunden (Lehrpläne Bundesland Steiermark). Das ist auch durch die bestehende Literatur belegbar. Arvanitakis et al. (2009) geben an, dass die Ausbildung sowie etwaige Fort- und Weiterbildung den Umgang mit Mangelernährung beeinflussen kann, diese aber nach der Grundausbildung oft nicht forciert wird.

Die Einstellungen der TeilnehmerInnen aufgrund von Fortbildungen unterschieden sich nur in der Dimension Gewohnheiten signifikant. Die Einstellungen von Pflegepersonen in österreichischen Pflegeheimen könnten sich durch Fortbildungen deswegen nicht in hohem Maße unterscheiden, da die Fortbildungsverpflichtung des § 63 GuKG (1997) mit 40 Stunden innerhalb von 5 Jahren eher gering ausfällt.

Es wurde außerdem untersucht, ob sich die Einstellungen der TeilnehmerInnen mit bzw. ohne Zusatzqualifikation unterscheiden. Statistisch signifikante Werte konnten für alle fünf

Dimensionen gefunden werden. In einer im Jahr 2012 veröffentlichten Studie im stationären Setting konnte nachgewiesen werden, dass die Einstellungen durch Trainingsprogramme verändert werden können. Als Resultat fühlen sich Pflegepersonen im Umgang mit Ernährungsproblemen sicherer, ihre Affinität zum Problem wird gestärkt und sie übernehmen mehr Verantwortung (Bjerrum et al. 2012).

In Bezug auf das Beschäftigungsausmaß, das Abschlussjahr (die Erfahrung) und die Art der Station wurden keine signifikanten Unterschiede in den Einstellungen beobachtet. Zu einem ähnlichen Ergebnis bezogen auf die Erfahrung kamen auch Bachrach-Lindström et al. (2007). Die PH der geriatrischen Kliniken, sowie der medizinischen Kliniken wiesen zu 79% eine Berufserfahrung von fünf Jahren oder mehr auf, verglichen mit 54% der DGKS/P. Es wurden keine statistisch signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Einstellungen aufgrund der Erfahrung gefunden. Für das Beschäftigungsausmaß und die Art der Station konnten keine vergleichbaren Ergebnisse in der Literatur gefunden werden.

6.2.1.2 Diskussion der Ergebnisse anhand der Dimensionen der SANN-G Skala

Zur Dimension **Normen** waren die Pflegepersonen am negativsten eingestellt. 35,6% der TeilnehmerInnen waren positiv eingestellt. DGKS/P waren jedoch deutlich positiver eingestellt als PH. Normen drücken in diesem Zusammenhang die Werte der Pflegepersonen gegenüber der Pflege alter Menschen aus. Zeitmangel seitens von Pflegepersonen kann entsprechend bestehender Literatur in dieser Dimension eine Rolle spielen (Beattie et al. 2013; Bonetti et al. 2013a). So wurde die Frage, dass die Konzipierung von Speiseräumen auf die Arbeitserleichterung der MitarbeiterInnen ausgerichtet sein soll, unter Umständen im Hinblick auf Zeitmangel mit stimme voll zu beantwortet (Bachrach-Lindström et al. 2007). In Pflegeheimen werden Maßnahmen getroffen, die die Arbeit erleichtern und beschleunigen sollen (Bonetti et al. 2013a). Diese Tatsache könnte ebenfalls zu den niedrigen Werten innerhalb der Dimension Normen beigetragen haben. Aus dieser Arbeit lässt sich außerdem schließen, dass die Pflegepersonen den Ernährungsstatus von BewohnerInnen nicht mit der Quantität der Portionen verbinden. Arvanitakis et al. (2009) kommen in ihren Empfehlungen zum Umgang mit Mangelernährung ebenfalls zum Ergebnis, dass in Pflegeheimen gute Qualität und ausreichende Portionen bereitgestellt werden und dennoch Mangelernährung oder das Risiko dafür besteht. Der Großteil der Personen hat angegeben, dass Trinknahrung nicht unbedingt als guter Ersatz für Mahlzeiten geeignet ist. Das Servieren des Essens durch die MitarbeiterInnen ohne die Mithilfe der BewohnerInnen kann wiederum auf einen Zeitmangel zurückgeführt werden, den auch Avanitarkis et al. (2009) als Begründung für mangelnde Mithilfe der Pflegepersonen beim Essen angeben. Die Erfahrung, der in dieser Dimension ein eigenes

Item gewidmet ist, mag bezogen auf Normen eine Rolle spielen (Bachrach-Lindström et al. 2007). Für die vorliegende Studie kann das für die Dimension Normen bestätigt werden.

In der Dimension **Gewohnheiten** war das gesamte Pflegepersonal zu 41% positiv eingestellt. Wiederum ergaben sich signifikante Unterschiede bezogen auf positive Einstellungen zwischen DGKS/P (47,1%) und PH (37,2%). Gewohnheiten umfassen die Einstellungen zu den Bedürfnissen von Nährwert und Menge der Nahrung von PflegeheimbewohnerInnen. Außerdem werden die Einstellungen zur Erfragung der Essensgewohnheiten der BewohnerInnen erhoben und die Einstellungen in Bezug auf BewohnerInnen mit Schluckstörungen erfasst. Die Studie von Bachrach-Lindström et al. (2007) ist zum Ergebnis gekommen, dass in der Dimension Gewohnheiten die PH zu 59% positiv eingestellt waren. Die AutorInnen begründen das damit, dass die öffentliche Debatte zu Mangelernährung zu einer erhöhten Sensibilität des Problems geführt hat. Dieses Ergebnis trifft auf die vorliegende Studie nicht zu. Positive Einstellungen wurden von 41% der TeilnehmerInnen angegeben. Dieses Ergebnis könnte auf einen eventuellen Wissensmangel von Pflegepersonen zurückgeführt werden aber auch wiederum auf den bestehenden Zeitmangel in Pflegeheimen und auch auf die potenziell mangelnde Sensibilität zum Problem (Arvanitakis 2009).

In der Dimension **Assessment** war das Pflegepersonal zu 60,2% positiv eingestellt. Genau wie in den beiden vorangegangenen Dimensionen gilt auch für diese, dass DGKS/P (67,4%) häufiger positiv eingestellt waren als PH (54,9%). Die Ergebnisse von Bachrach-Lindström et al. (2007) haben gezeigt, dass 35% des gesamten Pflegepersonals (n=252) positiv eingestellt waren. Sie kommen ebenfalls zu niedrigeren Ergebnissen für PH. Bezogen auf die Qualifikation kommen daher beide Arbeiten zu einem ähnlichen Ergebnis. Villalon et al. (2011) kommen in ihrer Arbeit in einem Krankenhaus in Kanada zum Ergebnis, dass die Affinität zum Assessment in Bezug auf Mangelernährung bei DGKS/P (n= 457 davon 50.3% DGKS) hoch ist.

In der Dimension Assessment werden die Einstellungen zur eigenverantwortlichen Erfassung des Körpergewichts erfasst sowie die Einstellungen im Hinblick auf Assessment und dem Umgang mit übergewichtigen BewohnerInnen. Wiederum könnten negative Einstellungen auf Zeitmangel von Pflegepersonen zurückgeführt werden. Das bestätigt auch die qualitative Arbeit von Bonetti et al. (2013a), in der Pflegepersonen den Mangel an zeitlichen Ressourcen als Begründung für mangelndes Assessment anführen. Sie haben außerdem herausgefunden, dass standardisierte Screening-Instrumente oftmals nicht bzw. zu wenig bekannt sind. Auch Villalon et al. (2011) geben als mögliche Hindernisse für das Assessment Ressourcenmangel (personell und zeitlich) an. Betrachtet man die Ergebnisse von Merrell et al. (2012), die in ihrer Untersuchung in Pflegeheimen in UK herausgefunden haben, dass sich Pflegepersonen grundsätzlich nicht verantwortlich fühlen Screening-Instrumente zur Erfassung der Bedürfnisse

von BewohnerInnen zu verwenden um Mangelernährung vermeiden zu können, so können die Ergebnisse dieser Arbeit aber auch durchaus positiv gesehen werden.

In der Dimension **Intervention** waren Pflegepersonen zu 71,7% positiv eingestellt. Wiederum ergaben sich Unterschiede zwischen DGKS/P (79,2%) und PH (66,6%). Das deckt sich mit den Ergebnissen von Bachrach-Lindström et al. (2007). Als Begründung für die positiven Einstellungen in der Dimension Intervention führen die AutorInnen an, dass Mangelernährung und das Setzen von gezielten Gegenmaßnahmen, in den letzten Jahren sowohl in der Forschung, als auch in der Pflegepraxis an Bedeutung zugenommen hat und dadurch besonders im Rahmen von Interventionen mehr Wert darauf gelegt wird. Das könnte auch für diese Studie gelten. Im Rahmen dieser Dimension wird erfragt, ob Mangelernährung bei älteren Menschen ein häufiges Problem darstellt, ob Kenntnisse im Hinblick auf die Unterstützung bei den Mahlzeiten erforderlich sind und ob es Sinn macht, die individuellen Fähigkeiten von BewohnerInnen zu fördern um sie zu eigenständigem Essen anzuleiten. Das sind sehr praxisrelevante Fragestellungen, weswegen positive Einstellungen auch dadurch begründet sein könnten. Auch Ross et al. (2011) geben in einer qualitativen Untersuchung an, dass das Pflegepersonal den Handlungsbedarf durchaus wahrnimmt und Interventionen nur aufgrund von zeitlich und strukturell bedingtem Ressourcenmangel unterlassen werden. Halfens et al. (2013) bestätigen diese Ergebnisse in einer rezenten Arbeit und geben an, dass Interventionen in Bezug auf Mangelernährung in Pflegeheimen deutlich häufiger gesetzt werden als im stationären Setting.

In der Dimension **Individualisierung** werden Einstellungen im Hinblick auf die individuelle Abstimmung von Essenszeiten erfragt. Die Frage, ob eine Individualisierung der Essenszeiten möglich ist haben immerhin mehr als ein Drittel der Befragten mit „stimme gar nicht zu“ beantwortet. Das trifft auch auf die Frage zu, ob es überhaupt sinnvoll ist Essenszeiten individuell abzustimmen. Es scheint also, dass zumindest ein Teil von Pflegepersonen die individuellen Bedürfnisse von BewohnerInnen wahrzunehmen versucht. Das gesamte Pflegepersonal war in dieser Dimension zu 55,7% positiv eingestellt. Vergleicht man die unterschiedlichen Qualifikationen, so zeigen sich positive Einstellungen bei 53,3% der PH und bei 60,1% der DGKS/P. Wiederum haben DGKS/P positivere Einstellungen geäußert. Gemessen am gesamten Pflegepersonal und auch bezugnehmend auf die unterschiedlichen Qualifikationen kommen Bachrach-Lindström et al. (2007) zu ähnlichen Ergebnissen. Negative Einstellungen in dieser Dimension können wiederum auf den bestehenden Ressourcenmangel in Pflegeheimen zurückgeführt werden (Bonetti et al. 2013a). Zudem wird in der Literatur angegeben, dass Essenszeiten für die Pflegepersonen nicht vorrangig als wichtig empfunden werden. Zusätzlich dazu ist es nach oft aufgrund zeitlicher und struktureller Ressourcen nicht

möglich Essenszeiten sowie Mahlzeiten individuell abzustimmen (Bonetti et al. 2013a). Bonetti et al. (2013a) fügen jedoch hinzu, dass die Individualisierung von Essenszeiten gerade für die BewohnerInnen einen sehr wichtigen Aspekt darstellt und daher nicht vernachlässigt werden sollte. Die AutorInnen führen außerdem an, dass es in der Verantwortung der Pflegepersonen liegen sollte neue Organisations- bzw. Arbeitsabläufe zu finden, um Mahlzeiten auf die BewohnerInnen individuell abstimmen zu können (Bonetti et al. 2013a).

6.3 Theoretischer Rahmen & Ergebnisse dieser Arbeit

Wie unter 1.5 bereits dargestellt, wurde dieser Arbeit die Theorie des geplanten Verhaltens zugrunde gelegt. Die Theorie von Fishbein & Ajzen (1975) weist Faktoren auf, die das Verhalten von Menschen generell beeinflusst. Umgelegt auf die Pflege bedeutet das, dass das Verhalten von Pflegepersonen in Hinblick auf Mangelernährung ebenfalls beeinflusst werden kann. So konnte im Rahmen dieser Arbeit gezeigt werden, dass DGKS/P positiver eingestellt sind als PH. Daher scheint der Faktor Bildung bzw. hier im konkreten die Qualifikation eine Rolle zu spielen. Für einige Dimensionen konnte das auch in Bezug auf die Erfahrung festgestellt werden. Die subjektive Norm der Pflegepersonen könnte durch die subjektive Wahrnehmung des Problems Mangelernährung sowie durch routinemäßig entwickelte starre Handlungsmuster beeinflusst werden. Die wahrgenommene Verhaltenskontrolle könnte durch den eventuell gegebenen Wissensmangel und durch fehlende Ressourcen beeinflusst werden. Dadurch resultiert die Intention der Pflegeperson in positivem oder negativem Verhalten. Das positive Verhalten könnte sich etwa dadurch äußern, dass Präventionsmaßnahmen in Bezug auf Mangelernährung durch das Pflegepersonal stattfinden. So ist etwa das Ernährungsassessment wichtig um potenzielle RisikobewohnerInnen identifizieren zu können. Jene, die bereits als mangelernährt identifiziert sind, muss durch entsprechende Maßnahmen geholfen werden (Lohrmann, Schönherr, Mandl 2013). Außerdem sind Social Skills seitens der Pflegeperson erforderlich um den BewohnerInnen bei der Nahrungsaufnahme zu unterstützen (Arvanitakis et al. 2009, Council of Europe 2009, Bonetti et al. 2013a).

Negatives Verhalten könnte sich etwa dadurch äußern, dass die Pflegepersonen die eben genannten Maßnahmen aufgrund ihrer negativen Einstellung zum Problem nicht setzen und in ihren alten starren Verhaltensmustern verharren. So können entsprechend der Theorie von Fishbein & Ajzen (1975) negative Einstellungen zu einem negativen Verhalten führen, was dazu führt, dass das Pflegeproblem Mangelernährung nicht richtig erkannt und diesem auch nicht richtig entgegengewirkt wird. In der nachstehenden Abbildung werden die eben dargestellten Aspekte anhand der Theorie des geplanten Verhaltens dargestellt.

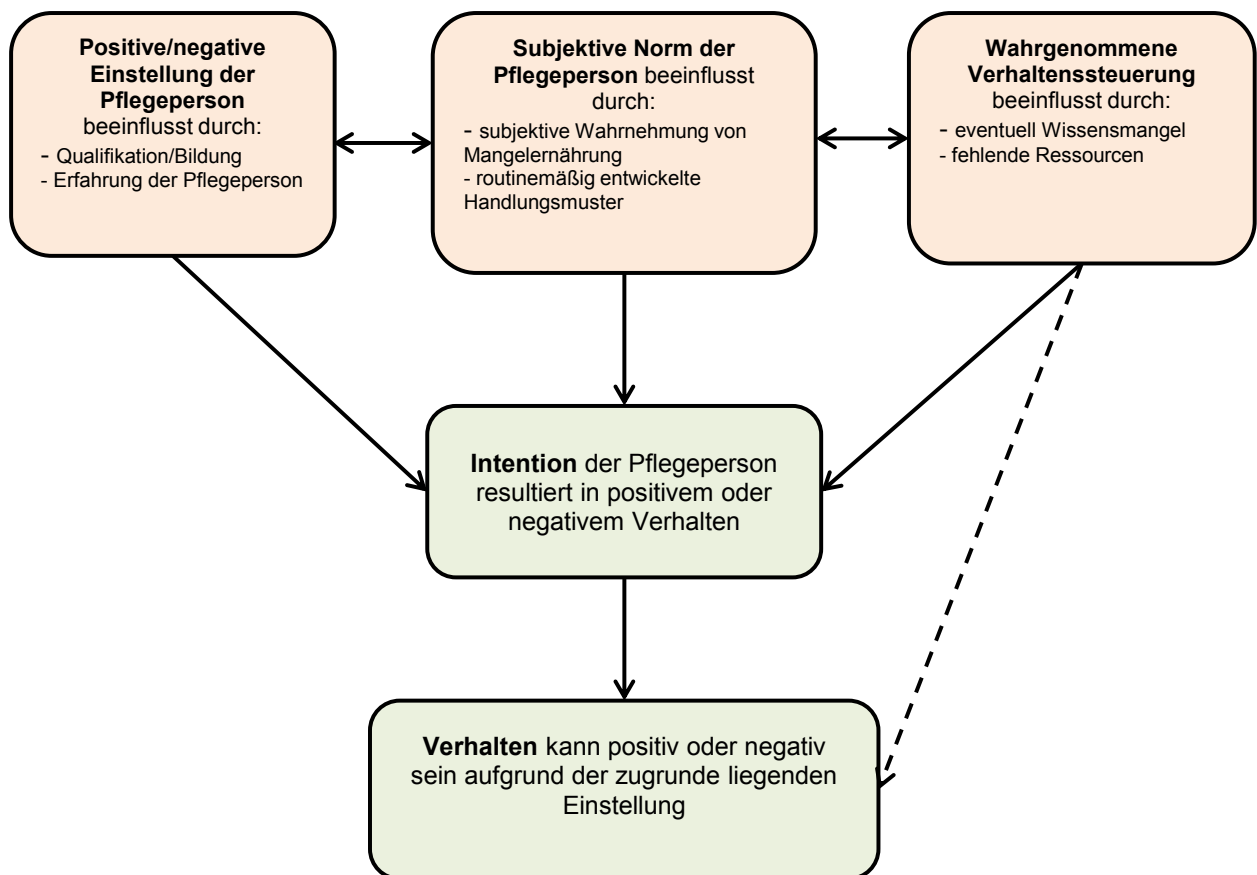


Abbildung 22 Ergebnisse der Arbeit dargestellt anhand der Theorie des geplanten Verhaltens von Fishbein & Ajzen (1991)

6.4 Stärken und Schwächen der Studie

Einige Faktoren können die Glaubwürdigkeit der Studie beeinträchtigen. Ein Faktor könnte sein, dass die Teilnahme an der Studie freiwillig erfolgte. Es haben sich daher vermutlich nur Einrichtungen zur Teilnahme bereit erklärt, die potenziell mehr Interesse am Thema hatten als andere. Pflegeheime, die Mangelernährung nicht als Problem fokussieren, könnten daher nicht teilgenommen haben. Es könnte daher sein, dass positive Einstellungen darauf zurückzuführen sind, dass in den teilnehmenden Pflegeheimen bereits eine Bewusstseinsbildung in diese Richtung stattgefunden hat und die Ergebnisse daher verzerrt wurden. Außerdem ist darauf hinzuweisen, dass von den ursprünglichen 1936 ausgeteilten Fragebögen nur 1152 beantwortet wurden und davon nur 1005 zur Auswertung der Skala herangezogen werden konnten. Außerdem hätten Fehler dahingehend passiert sein können, dass die Fragebögen nicht objektiv ausgefüllt wurden oder von den Pflegedienstleitungen gar nicht erst ausgeteilt wurden. Außerdem hätte sich ein etwaiger Zeitdruck während der Beantwortung der Fragen negativ auf das Antwortverhalten der TeilnehmerInnen auswirken können. Zudem kann nicht

ausgeschlossen werden, dass die Fragebögen in ruhiger Atmosphäre und frei von jeglicher Störung ausgefüllt wurden.

Eine Verzerrung der Ergebnisse aufgrund der Nicht-Teilnahme einiger Pflegeheime bzw. Pflegepersonen ist eher auszuschließen, da die Stichprobe auch ohne diese noch als groß genug erscheint um aussagekräftige Ergebnisse liefern zu können. Die Repräsentativität der Stichprobe kann jedoch nicht mit Sicherheit angenommen werden, weil die Stichprobe nicht zufällig ausgewählt wurde.

Eine Verzerrung durch die Übersetzung der SANN-G Skala ins Deutsche ist aufgrund der Vorgehensweise ebenfalls unwahrscheinlich.

Als wichtigste Stärke dieser Studie ist sicherlich die zu nennen, dass es sich um das erste Ergebnis in Bezug auf die Einstellungen von Pflegepersonen zu Mangelernährung im Setting Pflegeheim in Österreich handelt. Wie bereits im Rahmen der Literaturübersicht gezeigt wurde, gibt es international nur sehr wenige Ergebnisse, die dieses Thema näher behandeln. Eine Studie für Österreich lag bis heute ohnehin nicht vor. Außerdem wurden alle Pflegeheime, die eine Bettenkapazität >50 aufwiesen, angeschrieben.

Zudem werden die Ergebnisse dieser Arbeit durch ähnliche Ergebnisse aus der gering vorhandenen Literatur gestärkt. Ähnliche Ergebnisse im Hinblick auf positive Einstellungen in Relation zu unterschiedlichen Qualifikationsniveaus können verglichen werden und dadurch wird die externe Validität dieser Ergebnisse gestärkt. Außerdem wurde im Rahmen dieser Studie eine Gelegenheitsstichprobe gewählt, sodass die IST-Situation wiedergegeben werden kann, die den derzeitigen Stand, bezogen auf die Einstellungen, darstellt. Ebenfalls gelungen dürfte die Wahl des Designs sein, da bestehende Forschungsarbeiten ebenfalls ähnliche Designs gewählt haben.

6.5 Implikationen für die Pflegepraxis und Pflegeforschung

Mithilfe dieser Arbeit können Verbesserungspotenziale im Hinblick auf die Pflege mangelernährter Personen im Setting Pflegeheim abgeleitet werden. Diese sollen dazu anregen gezielte Maßnahmen zur Verbesserung der Einstellungen zu Mangelernährung von Pflegepersonen zu schaffen. Als weiteres Ziel kann durch das Verbessern der Einstellungen eventuell die Inzidenz und die Prävalenz von Mangelernährung in Pflegeheimen gesenkt werden, weil dadurch das Pflegepersonal adäquat reagieren kann.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen, dass DGKS/P positiver zu Mangelernährung eingestellt sind als PH. Es scheint, dass die Einstellungen der Pflegepersonen mit deren Wissen verbunden sind. Daher könnte ein Ansatzpunkt sein, das Wissen der Pflegepersonen zu verbessern, um somit auch eine Verbesserung der Einstellung erreichen zu können. Somit sollte zusätzlich das Wissen der Pflegepersonen zu Mangelernährung näher untersucht werden, damit Zusammenhänge abgeleitet werden können und die Einstellungen verbessert werden können. Entsprechend dem zugrunde gelegten Modell von Fishbein & Ajzen beeinflussen negative Einstellungen die Arbeit der Pflegepersonen und damit die Betreuung von mangelernährten BewohnerInnen. Aus diesem Grund ist es wichtig Strategien zu entwickeln, mit denen negative Einstellungen verbessert werden können, sodass mangelernährte BewohnerInnen die bestmögliche Pflege erhalten.

In der Praxis könnte Wissensmangel durch das Anbieten von Trainingsprogrammen oder Schulungen im Hinblick auf Mangelernährung bei BewohnerInnen im Pflegeheim bekämpft werden, wenn dabei gezielt auf die erkennbaren Schwachstellen, auf die in dieser Studie hingewiesen wurde, eingegangen würde. Westergren (2012) konnte bereits zeigen, dass Schulungsprogramme den Kenntnisstand und die Einstellungen im Hinblick auf Mangelernährung verbessern können. Im Sinne von Fishbein & Ajzen's Theorie würden Schulungen einen Einfluss auf die subjektive Norm, die Einstellungen und die Verhaltenskontrolle haben. Dadurch werden die Intention und damit das künftige Verhalten der Pflegeperson beeinflusst. Positivere Einstellungen könnten durch Schulungen dann zu einem verbesserten Verhalten der Pflegepersonen führen. Im Rahmen von Trainingsprogrammen müsste das Pflegepersonal gezielt auf unterschiedliche Aspekte wie Assessment, Maßnahmen gegen Mangelernährung etc. geschult werden, damit eine Verbesserung der Einstellungen herbeigeführt werden kann. Anhand der Dimensionen der SANN-G Skala lässt sich ableiten, dass eine Verbesserung der Einstellungen in den Dimensionen Normen und Gewohnheiten, aber auch in der Dimension Assessment wünschenswert wäre. In Bezug auf das Assessment sprechen sich auch Merrell et al. (2012) und Villalon et al. (2011) ebenfalls für mehr Schulungs- bzw. Trainingsangebote aus. Außerdem haben Valentini et al. (2009) anhand eines

Ernährungstages versucht, sowohl das Pflegepersonal als auch die BewohnerInnen auf das Problem aufmerksam zu machen. Eine derartige Maßnahme könnte auch in österreichischen Pflegeheimen etwa im Rahmen von Schulungen implementiert werden. In der Literatur wird außerdem angegeben, dass eine Verbesserung durch regelmäßige Feedbacks bzw. Audits herbeigeführt werden könnte (Meijers et al. 2009b). Eingesetzte Programme sollten durch Forschungsarbeiten auf ihre Effektivität getestet werden. Daher sollten im Anschluss weitere Studien folgen, die die Auswirkungen der implementierten Programme in Hinblick auf die Verbesserung des Kenntnisstandes und der Einstellungen von Pflegepersonen untersuchen.

Zukünftige Forschungsarbeiten sollten aber nicht nur eingesetzte Programme evaluieren, sondern zusätzlich zu dieser Arbeit, die Einstellungen von Pflegepersonen weiter untersuchen, weil es hier noch immer eine Lücke in der Forschung gibt. Zusätzlich zu dieser Arbeit könnten noch qualitative Forschungsansätze auf diesem Gebiet folgen, da sich gerade im Hinblick auf Einstellungen ein qualitatives Design sehr gut eignet.

Diese Arbeit liefert die ersten nationalen Ergebnisse zu Einstellungen des Pflegepersonals in Pflegeheimen. Mithilfe dieser Studie konnte ein Überblick über die bestehenden Einstellungen von Pflegepersonen zu Mangelernährung in Pflegeheimen geschaffen werden, damit Verbesserungspotenziale abgeleitet werden können und Maßnahmen gesetzt werden können. Dadurch soll die Pflegepraxis verbessert werden, sodass positivere Einstellungen im Hinblick auf Mangelernährung sowohl bei DGKS/P als auch bei PH bestehen. Somit kann die Pflegepraxis, unterstützt durch die Pflegeforschung, die BewohnerInnen optimal versorgen.

7 LITERATURVERZEICHNIS

Adams, NE, Bowie, AJ, Simmance, N, Murray, M & Crowe, TC 2008, 'Recognition by medical and nursing professionals of malnutrition and risk of malnutrition in elderly hospitalized patients', *Nutrition & Dietetics*, vol. 65, pp.144–150.

Ajzen, I 1991, 'The Theory of Planned Behavior', *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, vol. 50, pp.179-211.

Amaral, TF, Matos, LC, Tavares, MM, Subtil, A, Martins, R, Nazare, M & Pereira, NS 2007, 'The economic impact of disease-related malnutrition at hospital admission', *Clinical Nutrition*, vol. 26, pp.778-784.

Arvanitakis, M, Beck, A, Coppens, P, De Man, F, Elia, M, Hebuterne, X, Henry, S, Kohl, O, Lesourd, B, Lochs, H, Pepersack, T, Pichard, C, Planas, M, Schindler, K, Schols, J, Sobotka, L & Van Gossum, A 2008, 'Nutrition in care homes and home care: How to implement adequate strategies (report of the Brussels Forum (22-23 November 2007))', *Clinical Nutrition*, vol. 27, pp.281-288.

Arvanitakis, M, Coppens, P, Doughan, L & Van Gossum, A 2009, 'Nutrition in care homes and home care: recommendations - a summary based on the report approved by the Council of Europe.', *Clinical nutrition*, vol. 28, pp.492-496.

Bachrach-Lindström, M, Jensen, S, Lundin, R & Christensson, L 2007, 'Attitudes of nursing staff working with older people towards nutritional nursing care', *Journal Of Clinical Nursing*, vol. 16, 11, pp.2007-2014.

Beattie, E, O'Reilly, M, Stange, E, Franklin, S & Isenring, E. 2013, 'How much do residential aged care staff members know about the nutritional needs of residents', *International Journal of Older People Nursing*, pp.1-11.

Bjerrum, M, Tewes, M & Pedersen, P 2012, 'Nurses' self-reported knowledge about and attitude to nutrition - before and after a training programme', *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, vol.26, no.1, pp. 81-89.

Boaz, M, Rychani, L, Barami, K, Hour, Z, Yosef, R, Siag, A, Berlovitz, Y & Leibovitz, E 2013, 'Nurses and Nutrition: A Survey of Knowledge and Attitudes Regarding Nutrition Assessment and Care of Hospitalized Elderly Patients', *Journal Of Continuing Education In Nursing*, vol. 44, no. 8, pp.357-364.

Bonetti, L, Bagnasco, A, Aleo G & Sasso, L 2013a, 'The transit of the food trolley -malnutrition in older people and nurses' perception of the problem', *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 27, pp.440-448.

Bonetti, L, Bagnasco, A, Aleo, G & Sasso, L 2013b, 'Validation of the Staff Attitudes to Nutritional Nursing Care Geriatric scale in Italian', *International Nursing Review*, vol. 60, no.3, pp.389-396.

Chang, C & Lin, L 2005, 'Effects of a feeding skills training program on nursing assistants and dementia patients', *Journal of Clinical Nursing*, vol. 14, no. 10, pp.1185–1192.

Chen, CCH, Schilling, LS & Lyder, CH 2001, 'A concept analysis of malnutrition in the elderly', *Journal of Advanced Nursing* vol. 36, no.1, pp.131-142.

Christensson, L, Unosson, M, Bachrach-Lindström, M & Ek, A 2003, 'Attitudes of nursing staff towards nutritional nursing care', *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, vol.17, no.3, pp.223-231.

Christensson, L & Bachrach-Lindström, M 2009, 'Adapting „the Staff Attitudes to Nutritional Nursing Care scale“ to Geriatric Nursing Care', *Journal of Nutrition, Health & Ageing* vol. 13 no. 2 pp.102-107.

Council of Europe 2008, Partial Agreement in the Social and Public Health Field, Nutrition in care homes and home care – Report and Recommendations: from recommendations to action. viewed 11th December 2013

http://dske.dk/PDF/rapport_fra_sub_committee_under_europaadet_dec_08.doc.pdf.

Council of Europe 2009, *Nutrition in care homes and home care* – Report and Recommendations: from recommendation to action, Council of Europe, Belgium.

Courtney, MD, Tong, S & Walsh, AM. 2000, 'Acute care nurses' attitudes toward older patients: a literature review', *International Journal of Nursing Practice*, vol.6, no. 2, pp.62-69.

DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) 2010, *Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege*, Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege, Osnabrück.

Donini, LM, Savina, C, Piredda, M, Cucinotta, D, Fiorito, A, Inelmen, EM, Sergi, G, Domiguez, LJ, Barbagallo, M & Cannella, C. 2008, 'Senile anorexia in acute-ward and rehabilitation settings', *Journal of Nutrition, Health & Aging*, vol. 12, pp.511–517.

Elia, M. 'Principles of Clinical Nutrition: Contrasting the practice of nutrition in health and disease', in: Gibney, M. J., Nutrition Society, Elia, M., Ljungqvist, O. & Dowsett, J. 2005, "*Clinical nutrition*" Wiley-Blackwell.

Elia, M & Russel CA. 2008, BAPEN 'Combating Malnutrition: Recommendations for Action – A Report by the Advisory Group of Manlutrition of BAPEN British Association for Parenteral and Enteral Nutrition', viewed 11th December 2013,

<http://www.bapen.org.uk/pdfs/reports/advisory_group_report.pdf>.

ERGHO (European Research Group on Health Outcomes) 1997, McColl, E, Christiansen, T & König-Zahn, C, „Making the right choice of outcome measure“, in: ERGHO, *Cross Cultural Health Outcome Assessment: a user's guide*, Hutchinson, Bentzen, and König-Zahn, pp. 12-23.

Fishbein, M, & Ajzen, I 1975, *Belief, attitude, intention, and behavior: an introduction to theory and research*, Addison-Wesley Reading, Massachusetts.

GuKG 1997, *Gesundheits- u. Krankenpflegegesetz, BGBl 108/1997 idF BGBl 185/2013*, viewed 13th March 2014,

<<http://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NOR40155706&ResultFunctionToken=82db2186-e191-47a9-9a41-73c8000e54e8&Position=1&Kundmachungsorgan=&Index=&Titel=GuKG&Gesetzesnummer=&VonArtikel=&BisArtikel=&VonParagraf=&BisParagraf=&VonAnlage=&BisAnlage=&Typ=&Kundmachungsnummer=&Unterzeichnungsdatum=&FassungVom=18.03.2014&NormabschnittnummerKombination=Und&ImRisSeit=Undefined&ResultPageSize=100&Suchworte=>>>

Halfens, R, Meesterberends, E, Nie-Visser, N, Lohrmann, C, Schönherr, S, Meijers, J, Hahn, S, Vangelooven, C, & Schols, J 2013, 'International prevalence measurement of care problems: results', *Journal Of Advanced Nursing*, vol. 69, no. 9, pp. e5-e17.

Kane, RL, Talley, KM, Shamliyan, T & Pacala, JT 2011, 'Common Syndromes in Older Adults Related to Primary and Secondary Prevention', Evidence Report/Technology Assessment No. 87 AHRQ Publication No. 11-05157-EF-1, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville.

Kondrup, J., Johansen, N., Plum, L. M., Bak, L., Larsen, I. H., Martinsen, A., et al. 2002, 'Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals.' *Clinical Nutrition*, vol. 21 no.6, pp.461-468.

Lehrplan Bundesland Steiermark für die diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege, viewed 31st January 2014,

<www.gesundheit.steiermark.at/cms/dokumente/11656802_73431244/d7c379a5/34027_LehrplanallGuk.pdf>.

Lehrplan Bundesland Steiermark für die Pflegehilfe, viewed 31st January 2014, <http://www.gesundheit.steiermark.at/cms/dokumente/11138780_73431328/6d7b6185/34031_L_ehrplanPH.pdf>.

Lindorff-Larsen, K, Højgaard, Rasmussen, H, Kondrup, J, Staun, M, & Ladefoged, K 2007, 'Management and perception of hospital undernutrition -- a positive change among Danish doctors and nurses', *Clinical Nutrition*, vol. 26, no. 3, pp.371-378.

Lohrmann, C & Schönherr, S 2012, *Pflegequalitätserhebung 05. April 2011*, Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Universität Graz, Graz [Forschungsbericht].

Lohrmann C, Schönherr S, Mandl M. 2013, *Pflegequalitätserhebung 09. April 2013*, Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Universität Graz, Graz [Forschungsbericht].

Meier, R., & Stratton, R. 2004, 'Epidemiology of malnutrition', in: L. Sobotka (ed.), *Basics in clinical nutrition* (3rd ed.) Galen ESPEN Book; Prague.

Meijers, JMM, Halfens, R, Schueren, M, Dassen, T, & Schols, J 2009a, 'Malnutrition in Dutch health care: prevalence, prevention, treatment, and quality indicators', *Nutrition*, vol. 25, no. 5, pp.512-519.

Meijers JMM, Candel MJ, Schols JM, van Bokhorst-de van der Schueren MA & Halfens RJ 2009b, 'Decreasing trends in malnutrition prevalence rates explained by regular audits and feedback', *Journal of Nutrition*, vol. 139, pp.1381–1386.

Meijers, JMM, Halfens, RJG, Wilson, L & Schols, JMGA 2011, 'Estimating the costs associated with malnutrition in Dutch nursing homes', *Clinical Nutrition*, vol. 31, pp.65-68.

Merell, J, Philipin, S, Warring, J, Hobby, D & Gregory, V 2012, 'Adressing the nutritional needs of older people in residential care homes', *Health and Social Care in the Community*, vol. 20, pp. 208-215.

Pauly, L, Stehle, P & Volkert, D 2007, 'Nutritional situation of elderly nursing home residents', *Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie*, vol. 40, pp.3-12.

Pirlich, M 2007, 'Genug auf den Rippen? Ernährungsstatus älterer Menschen - Beurteilungskriterien und Veränderungen mit zunehmendem Alter', *Aktuelle Ernährungsmedizin*, vol. 32, Supplement 2, pp.168–172.

Polit, DF & Beck, CT 2012, *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, Lippincott, 9. Ausgabe, Williams & Wilkins, Philadelphia.

Rosenberg, MJ & Hovland, I 1960 'The conception of attitudes' in: Fishbein, M, & Ajzen, I 1975, *Belief, attitude, intention, and behavior: an introduction to theory and research*, Addison-Wesley, Reading, Massachusetts.

Ross, LJ, Mudge, AM, Young, AM & Banks, M 2011, 'Everyone's problem but nobody's job: Staff perceptions and explanations for poor nutritional intake in older medical patients', *Nutrition & Dietetics*, 68, pp.41-46.

Shephard, A 2009 Nutrition support 1: risk factors, causes and physiology of malnutrition, viewed 22nd November 2013, <<http://www.nursingtimes.net/nutrition-support-1-risk-factors-causes-and-physiology-of-malnutrition/1979783.article>>.

Statistik Austria 2012a, Demographie in Österreich viewed, 25th July 2013, <http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/gender-statistik/demographie/index.html>.

Statistik Austria 2012b, Gesundheitsausgaben in Österreich, viewed 25th July 2013, <http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html>.

Schönherr, S & Lohrmann, C 2010, 'Mangelernährung in sechs österreichischen Pflegeheimen - ein heimliches Leid', *ProCare*, vol. 15, no. 3, pp.3–8.

Schreier, MM & Bartholomeyczik, S 2004, *Mangelernährung bei alten und pflegebedürftigen Menschen. Ursachen und Prävention aus pflegerischer Perspektive*. Review/Literaturanalyse, Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co, Hannover.

Stratton, RJ, Green, CJ, Elia, M 2003, 'Disease-related malnutrition. An Evidence-based Approach to Treatment', *CABI Publishing*, London UK.

Valentini, L, Schindler, K, Schläffer, R, Bucher, H, Mouhieddine, M, Steininger, K, Tripamer, J, Handschuh, M, Schuh, C, Volkert, D, Lochs, H, Sieber, CC & Hiesmayr, M 2009, 'The first nutritionDay in nursing homes: participation may improve malnutrition awareness', *Clinical Nutrition*, vol. 28, no. 2, pp.109–116.

Vanderwee, K, Clays, E, Bocquaert, I, Verhaeghe, S, Lardennois, M, Gobert, M & Defloor, T 2011, 'Malnutrition and nutritional care practices in hospital wards for older people', *Journal of Advanced Nursing*, vol. 67, no. 4, pp.736–746.

Villalon, L, Laporte, M, & Carrier, N 2011, 'Nutrition Screening for Seniors in Health Care Facilities: A Survey of Health Professionals', *Canadian Journal Of Dietetic Practice & Research*, p.72

Walter de Gruyter GmbH 2013a, *Pschyrembel Premium Online Pflege*, Assessment, viewed 1st March 2014,
<http://han.medunigraz.at/han/Pschyrembel/www.degruyter.com/view/pflege/9796008?rskey=5K7TyC&result=1&dbq_0=assessment&dbf_0=psy-fulltext&dbt_0=fulltext&o_0=AND&searchwithindbid_1=pflege-online>.

Walter de Gruyter GmbH 2013b, *Pschyrembel Premium Online Pflege*, Inzidenz, viewed 1st March 2014,
<http://han.medunigraz.at/han/Pschyrembel/www.degruyter.com/databasecontent?dbf_0=psyfulltext&dbid=pschykw&dbq_0=Inzidenz&dbsource=%2Fdb%2Fpschykw&dbt_0=fulltext&o_0=AND&searchwithindbid_1=pflege-online&sort=relevance>.

Walter de Gruyter GmbH 2013c, *Pschyrembel Premium Online Sozialmedizin*, Median, viewed 1st March 2014,

<http://han.medunigraz.at/han/Pschyrembel/www.degruyter.com/view/sozmed/10690179?rskey=04CAYb&result=3&dbq_0=median&dbf_0=psy-fulltext&dbt_0=fulltext&o_0=AND&searchwithindbid_1=PSCHYKW&searchwithindbid_2=natur-online&searchwithindbid_3=sozmed-online&searchwithindbid_4=tw-online&searchwithindbid_5=hunnius-online&searchwithindbid_6=pflege-online&searchwithindbid_7=ppp-online>.

Walter de Gruyter GmbH 2013d, *Pschyrembel Premium Online, Pflege, Prävalenz*, viewed 1st March 2014, <http://han.medunigraz.at/han/Pschyrembel/www.degruyter.com/view/pflege/9798254?rskey=CzpY80&result=10&q=&dbq_0=pr%C3%A4valenz&dbf_0=psy-fulltext&dbt_0=fulltext&o_0=AND&searchwithindbid_1=pflege-online>.

Westergren, A. 2012, 'Action-Oriented Study Circles Facilitate Efforts in Nursing Homes to "Go from Feeding to Serving": Conceptual Perspectives on Knowledge Translation and Workplace Learning', *Journal of Ageing Research* doi:10.1155/2012/627371.

World Health Organization (WHO) 2011, *Global Health and Aging*, viewed 25th September 2013, <http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf>., 4, pp.162-169.

World Health Organization (WHO) 2013 Facts about ageing, viewed 20th November 2013, <<http://www.who.int/ageing/about/facts/en/>>.

Xia, C. & McCutcheon, H. 2006, 'Mealtimes in hospital—who does what?', *Journal of Clinical Nursing*, 15, 10, pp.1221–1227.

8 ANHANG

Kritische Bewertung für quantitative Studien nach Polit & Beck (2012) "Attitudes of nursing staff working with older people towards nutritional nursing care" (Bachrach-Lindström et al. 2007)

Aspekte des Artikels	Kritische Fragen	Kritische Bewertung	Fehlende Aspekte/Anmerkungen
Titel	- Is the title a good one, succinctly suggesting key variables and the study population?	Grundsätzlich ja	Studiendesign fehlt
Abstract	- Does the abstract clearly and concisely summarize the main features of the report (problem, methods, results, conclusions)?	Ja	
Introduction			
Statement of the problem	- Is the problem stated unambiguously, and is it easy to identify? - Does the problem statement build a cogent, persuasive argument for the new study? - Does the problem have significance for nursing? - Is there a good match between the research problem and the paradigm and methods used? Is a quantitative approach appropriate?	Ja	
Hypotheses or research questions	- Are research questions and/or hypotheses explicitly stated? If not, is their absence justified? - Are questions and hypotheses appropriately worded, with clear specification of key variables and the study population? - Are the questions/hypotheses consistent with the literature review and the conceptual framework?	Ja (p. 2009)	Forschungsfragen in Ziel integriert
Literature review	- Is the literature review up to date and based mainly on primary sources? - Does the review provide a state-of-the-art synthesis of evidence on the problem? - Does the literature review provide a sound basis for the new study?	Ja	
Conceptual/theoretical framework	- Are key concepts adequately defined conceptually? - Is there a conceptual/theoretical framework, rationale, and/or map, and (if so) is it appropriate? If not, is the absence of one justified?	Ja	Erst gegen Ende der Studie (p. 2012), jedoch gerechtfertigt
Method			
Protection of human rights	- Were appropriate procedures used to safeguard the rights of study participants? Was the study externally reviewed by an IRB/ethics review board? - Was the study designed to minimize risks and maximize benefits to participants?	Ja (p. 2010)	
Research design	- Was the most rigorous possible design used, given the study purpose? - Were appropriate comparisons made to enhance interpretability of the findings? - Was the number of data collection points appropriate? - Did the design minimize biases and threats to the internal, construct, and external validity of the study (e.g., was blinding used, was attrition minimized)?	Grundsätzlich ja	Verzerrungen jedoch möglich
Population and sample	- Is the population described? Is the sample described in sufficient detail? - Was the best possible sampling design used to enhance the sample's representativeness? Were sampling biases minimized? - Was the sample size adequate? Was a power analysis used to estimate sample size needs?	Ja (p. 2009)	Selection Bias nicht auszuschließen, Convenience Sample, keine Power Analysis n=252 könnte zu klein sein

Anhang

Data collection and measurement	<ul style="list-style-type: none"> - Are the operational and conceptual definitions congruent? - Were key variables operationalized using the best possible method (e.g., interviews, observations, and so on) and with adequate justification? - Are specific instruments adequately described and were they good choices, given the study purpose, variables being studied, and the study population? - Does the report provide evidence that the data collection methods yielded data that were reliable and valid? 	Ja (p. 2009f)	
Procedures	<ul style="list-style-type: none"> - If there was an intervention, is it adequately described, and was it rigorously developed and implemented? Did most participants allocated to the intervention group actually receive it? Is there evidence of intervention fidelity? - Were data collected in a manner that minimized bias? Were the staff who collected data appropriately trained? 	keine Intervention; Data collection gut nachvollziehbar	
Results			
Data analysis	<ul style="list-style-type: none"> - Were analysis undertaken to address each research question or test each hypothesis? - Were appropriate statistical methods used, given the level of measurement of the variables, number of groups being compared, and assumptions of the tests? - Was the most powerful analytic method used (e.g., did the analysis help to control for confounding variables)? - Were Type I and Type II errors avoided or minimized? - In intervention studies, was an intention-to-treat analysis performed? - Were problems of missing values evaluated and adequately addressed? 	Ja	
Findings	<ul style="list-style-type: none"> - Is information about statistical significance presented? Is information about effect size and precision of estimates (confidence intervals) presented? - Are the findings adequately summarized, with good use of tables and figures? - Are findings reported in a manner that facilitates a meta-analysis, and with sufficient information needed for EBP? 	Ja (p-Wert, CI) p.2009-2011	
Discussion			
Interpretation of the findings	<ul style="list-style-type: none"> - Are all major findings interpreted and discussed within the context of prior research and/or the study's conceptual framework? - Are causal inferences, if any, justified? - Are interpretations well-founded and consistent with the study's limitations? - Does the report address the issue of the generalizability of the findings? 	Ja, aber k.A. zur Generalisierbarkeit	
Implications/recommendations	<ul style="list-style-type: none"> - Do the researchers discuss the implications of the study for clinical practice or further research – and are those implications reasonable and complete? 	Ja	
Global Issues			
Presentation	<ul style="list-style-type: none"> - Is the report well-written, organized, and sufficiently detailed for critical analysis? - In intervention studies, is a consort flow chart provided to show the flow of participants in the study? - Is the report written in a manner that makes the findings accessible to practicing nurses? 	Ja	
Researcher credibility	<ul style="list-style-type: none"> - Do the researchers' clinical, substantive, or methodologic qualifications and experience enhance confidence in the findings and their interpretation? 	Ja	
Summary assessment	<ul style="list-style-type: none"> - Despite any limitations, do the study findings appear to be valid – do you have confidence in the truth value of the results? - Does the study contribute any meaningful evidence that can be used in nursing practice or that is useful to the nursing discipline? 	Ja	

Gesamtnote 1

Kritische Bewertung für quantitative Studien nach Polit & Beck (2012) "How much do residential aged care staff members know about the nutritional needs of residents? (Beattie et al. 2013)

Aspekte des Artikels	Kritische Fragen	Kritische Bewertung	Fehlende Aspekte/ Anmerkungen
Titel	- Is the title a good one, succinctly suggesting key variables and the study population?	Ja	Design fehlt
Abstract	- Does the abstract clearly and concisely summarize the main features of the report (problem, methods, results, conclusions)?	Ja	
Introduction			
Statement of the problem	- Is the problem stated unambiguously, and is it easy to identify? - Does the problem statement build a cogent, persuasive argument for the new study? - Does the problem have significance for nursing? - Is there a good match between the research problem and the paradigm and methods used? Is a quantitative approach appropriate?	Ja (p. 2f)	
Hypotheses or research questions	- Are research questions and/or hypotheses explicitly stated? If not, is their absence justified? - Are questions and hypotheses appropriately worded, with clear specification of key variables and the study population? - Are the questions/hypotheses consistent with the literature review and the conceptual framework?	Ja (p.3)	Forschungsfragen in Ziel integriert
Literature review	- Is the literature review up to date and based mainly on primary sources? - Does the review provide a state-of-the-art synthesis of evidence on the problem? - Does the literature review provide a sound basis for the new study?	Grundsätzlich ja	teilweise ältere Literatur (>10 Jahre) verwendet,
Conceptual/theoretical framework	- Are key concepts adequately defined conceptually? - Is there a conceptual/theoretical framework, rationale, and/or map, and (if so) is it appropriate? If not, is the absence of one justified?	Nein	keine Angaben darüber
Method			
Protection of human rights	- Were appropriate procedures used to safeguard the rights of study participants? Was the study externally reviewed by an IRB/ethics review board? - Was the study designed to minimize risks and maximize benefits to participants?	Ja (p. 3)	
Research design	- Was the most rigorous possible design used, given the study purpose? - Were appropriate comparisons made to enhance interpretability of the findings? - Was the number of data collection points appropriate? - Did the design minimize biases and threats to the internal, construct, and external validity of the study (e.g., was blinding used, was attrition minimized)?	Ja	
Population and sample	- Is the population described? Is the sample described in sufficient detail? - Was the best possible sampling design used to enhance the sample's representativeness? Were sampling biases minimized? - Was the sample size adequate? Was a power analysis used to estimate sample size needs?	Ja, aber Sample Size zu klein	keine Power-Analyse, Stichprobe ist zu klein (n=76)
Data collection and measurement	- Are the operational and conceptual definitions congruent? - Were key variables operationalized using the best possible method (e.g., interviews, observations, and so on) and with adequate justification? - Are specific instruments adequately described and were they good choices, given the study purpose, variables being studied, and the study population? - Does the report provide evidence that the data collection methods yielded data that were reliable and valid?	Ja (p.3)	zu ungenaue Beschreibung der Instrumente, Survey? Befragung durch Arbeitgeber zur Teilnahme könnte zu Verzerrungen geführt haben

Anhang

Procedures	<ul style="list-style-type: none"> - If there was an intervention, is it adequately described, and was it rigorously developed and implemented? Did most participants allocated to the intervention group actually receive it? Is there evidence of intervention fidelity? - Were data collected in a manner that minimized bias? Were the staff who collected data appropriately trained? 	Data collection nachvollziehbar	möglicherweise nicht reproduzierbar
Results			
Data analysis	<ul style="list-style-type: none"> - Were analysis undertaken to address each research question or test each hypothesis? - Were appropriate statistical methods used, given the level of measurement of the variables, number of groups being compared, and assumptions of the tests? - Was the most powerful analytic method used (e.g., did the analysis help to control for confounding variables)? - Were Type I and Type II errors avoided or minimized? - In intervention studies, was an intention-to-treat analysis performed? - Were problems of missing values evaluated and adequately addressed? 	Ja (p.4f)	
Findings	<ul style="list-style-type: none"> - Is information about statistical significance presented? Is information about effect size and precision of estimates (confidence intervals) presented? - Are the findings adequately summarized, with good use of tables and figures? - Are findings reported in a manner that facilitates a meta-analysis, and with sufficient information needed for EBP? 	Ja	p-Werte angegeben; jedoch keine CI
Discussion			
Interpretation of the findings	<ul style="list-style-type: none"> - Are all major findings interpreted and discussed within the context of prior research and/or the study's conceptual framework? - Are causal inferences, if any, justified? - Are interpretations well-founded and consistent with the study's limitations? - Does the report address the issue of the generalizability of the findings? 	Ja	
Implications/recommendations	<ul style="list-style-type: none"> - Do the researchers discuss the implications of the study for clinical practice or further research – and are those implications reasonable and complete? 	Ja	
Global Issues			
Presentation	<ul style="list-style-type: none"> - Is the report well-written, organized, and sufficiently detailed for critical analysis? - In intervention studies, is as consort flow chart provided to show the flow of participants in the study? - Is the report written in a manner that makes the findings accessible to practicing nurses? 	Ja	
Researcher credibility	<ul style="list-style-type: none"> - Do the researchers' clinical, substantive, or methodologic qualifications and experience enhance confidence in the findings and their interpretation? 	Ja	
Summary assessment	<ul style="list-style-type: none"> - Despite any limitations, do the study findings appear to be valid – do you have confidence in the truth value of the results? - Does the study contribute any meaningful evidence that can be used in nursing practice or that is useful to the nursing discipline? 	Ja	

Gesamtnote 3

Kritische Bewertung für quantitative Studien nach Polit & Beck (2012) "Nurses and Nutrition: A Survey of Knowledge and Attitudes Regarding Nutrition Assessment and Care of Hospitalized Elderly Patients" (Boaz et al. 2013)

Aspekte des Artikels	Kritische Fragen	Kritische Bewertung	Fehlende Aspekte/ Anmerkungen
Titel	- Is the title a good one, succinctly suggesting key variables and the study population?	Ja	Survey? Ungenau
Abstract	- Does the abstract clearly and concisely summarize the main features of the report (problem, methods, results, conclusions)?	Ja (p.1)	
Introduction			
Statement of the problem	- Is the problem stated unambiguously, and is it easy to identify? - Does the problem statement build a cogent, persuasive argument for the new study? - Does the problem have significance for nursing? - Is there a good match between the research problem and the paradigm and methods used? Is a quantitative approach appropriate?	Ja (p. 2)	
Hypotheses or research questions	- Are research questions and/or hypotheses explicitly stated? If not, is their absence justified? - Are questions and hypotheses appropriately worded, with clear specification of key variables and the study population? - Are the questions/hypotheses consistent with the literature review and the conceptual framework?	Ja (p.2)	
Literature review	- Is the literature review up to date and based mainly on primary sources? - Does the review provide a state-of-the-art synthesis of evidence on the problem? - Does the literature review provide a sound basis for the new study?	Ja	1 Studie stammt aus dem Jahr 2000
Conceptual/theoretical framework	- Are key concepts adequately defined conceptually? - Is there a conceptual/theoretical framework, rationale, and/or map, and (if so) is it appropriate? If not, is the absence of one justified?	Nein	Keine Angaben darüber
Method			
Protection of human rights	- Were appropriate procedures used to safeguard the rights of study participants? Was the study externally reviewed by an IRB/ethics review board? - Was the study designed to minimize risks and maximize benefits to participants?	Nein	Keine Angaben darüber in der Studie
Research design	- Was the most rigorous possible design used, given the study purpose? - Were appropriate comparisons made to enhance interpretability of the findings? - Was the number of data collection points appropriate? - Did the design minimize biases and threats to the internal, construct, and external validity of the study (e.g., was blinding used, was attrition minimized)?	Ja	
Population and sample	- Is the population described? Is the sample described in sufficient detail? - Was the best possible sampling design used to enhance the sample's representativeness? Were sampling biases minimized? - Was the sample size adequate? Was a power analysis used to estimate sample size needs?	Ja (p.2)	
Data collection and measurement	- Are the operational and conceptual definitions congruent? - Were key variables operationalized using the best possible method (e.g., interviews, observations, and so on) and with adequate justification? - Are specific instruments adequately described and were they good choices, given the study purpose, variables being studied, and the study population? - Does the report provide evidence that the data collection methods yielded data that were reliable and valid?	Ja (p.2)	Zu ungenaue Beschreibung der Instrumente, Survey? Teilweise fehlt Begründung für verwendete Instrumente

Anhang

Procedures	<ul style="list-style-type: none"> - If there was an intervention, is it adequately described, and was it rigorously developed and implemented? Did most participants allocated to the intervention group actually receive it? Is there evidence of intervention fidelity? - Were data collected in a manner that minimized bias? Were the staff who collected data appropriately trained? 	Nein (p.2)	Keine Angaben wie Daten erhalten wurden, nur dass sie auf Papier geschrieben wurden
Results			
Data analysis	<ul style="list-style-type: none"> - Were analysis undertaken to address each research question or test each hypothesis? - Were appropriate statistical methods used, given the level of measurement of the variables, number of groups being compared, and assumptions of the tests? - Was the most powerful analytic method used (e.g., did the analysis help to control for confounding variables)? - Were Type I and Type II errors avoided or minimized? - In intervention studies, was an intention-to-treat analysis performed? - Were problems of missing values evaluated and adequately addressed? 	Ja (p.3f)	
Findings	<ul style="list-style-type: none"> - Is information about statistical significance presented? Is information about effect size and precision of estimates (confidence intervals) presented? - Are the findings adequately summarized, with good use of tables and figures? - Are findings reported in a manner that facilitates a meta-analysis, and with sufficient information needed for EBP? 	Ja	p-Werte angegeben; jedoch keine CI
Discussion			
Interpretation of the findings	<ul style="list-style-type: none"> - Are all major findings interpreted and discussed within the context of prior research and/or the study's conceptual framework? - Are causal inferences, if any, justified? - Are interpretations well-founded and consistent with the study's limitations? - Does the report address the issue of the generalizability of the findings? 	Ja	Generalisierbarkeit wurde angesprochen, ist jedoch eingeschränkt
Implications/recommendations	<ul style="list-style-type: none"> - Do the researchers discuss the implications of the study for clinical practice or further research – and are those implications reasonable and complete? 	Ja	
Global Issues			
Presentation	<ul style="list-style-type: none"> - Is the report well-written, organized, and sufficiently detailed for critical analysis? - In intervention studies, is a consort flow chart provided to show the flow of participants in the study? - Is the report written in a manner that makes the findings accessible to practicing nurses? 	Ja	
Researcher credibility	<ul style="list-style-type: none"> - Do the researchers' clinical, substantive, or methodologic qualifications and experience enhance confidence in the findings and their interpretation? 	Ja	
Summary assessment	<ul style="list-style-type: none"> - Despite any limitations, do the study findings appear to be valid – do you have confidence in the truth value of the results? - Does the study contribute any meaningful evidence that can be used in nursing practice or that is useful to the nursing discipline? 	Ja	

Gesamtnote 3

Kritische Bewertung nach Polit & Beck (2012) der qualitativen Studie "The Transit of Food Trolley" - Malnutrition in older people and nurses' perception of the problem (Bonetti et al. 2013)

Aspekte des Artikels	Kritische Fragen	Kritische Bewertung	Fehlende Aspekte/ Anmerkungen
Titel	Is the title a good one, suggesting the key phenomenon and the group or community under study?	Ja	Genau Beschreibung zum Setting wäre gut, kein Aufschluss über Design anhand des Titels
Abstract	Does the abstract clearly and concisely summarize the main features of the report?	Ja	
Introduction			
Statement of the problem	<ul style="list-style-type: none"> - Is the problem stated unambiguously and is it easy to identify? - Does the problem statement build a cogent and persuasive argument for the new study? - Does the problem have significance for nursing? - Is there a good match between the research problem on the one hand and the paradigm, tradition, and methods on the other? 	Ja	
Research questions	<ul style="list-style-type: none"> - Are research questions explicitly stated? If not, is there absence justified? - Are the questions consistent with the study's philosophical basis, underlying tradition, conceptual framework, or ideological orientation? 	Ja (p.441)	
Literature review	<ul style="list-style-type: none"> - Does the report adequately summarize the existing body of knowledge related to the problem of phenomenon or interest? - Does the literature review provide a sound basis for the new study? 	Ja	
Conceptual underpinings	<ul style="list-style-type: none"> - Are key concepts adequately defined conceptually? - Is the philosophical basis, underlying tradition, conceptual framework, or ideological orientation made explicit and is it appropriate for the problem? 	k.A zur Theorie	Keine Theorie zugrunde gelegt. Mangelernährung wird definiert; Einstellungen nicht definiert
Method			
Protection of participants' rights	<ul style="list-style-type: none"> - Were appropriate procedures used to safeguard the rights of study participants? Was the study subject to external review by an IRB/ethics review board? - Was the study designed to minimize risks and maximize benefits to participants? 	Ja (p.442)	
Research design and research tradition	<ul style="list-style-type: none"> - Is the identified research tradition (if any) congruent with the methods used to collect and analyse data? Was an adequate amount of time spent in the field or with study participants? - Did the design unfold in the field, giving researchers opportunities to capitalize on early understandings? - Was there an adequate number of contacts with study participants? 	Ja (pp.441-443)	Design wird genau beschrieben, Tradition nicht, Dauer der Interviews wurde angegeben
Sample and setting	<ul style="list-style-type: none"> - Was the group or population of interest adequately described? - Were the setting and sample described in sufficient detail? - Was the approach used to recruit participants or gain access to the site productive and appropriate? - Was the best possible method of sampling used to enhance information richness and address the needs of the study? - Was the sample size adequate? Was saturation achieved? 	Ja (p.441)	Purposive sampling könnte Bias Quelle sein
Data collection	<ul style="list-style-type: none"> - Were the methods of gathering data appropriate? Were data gathered through two or more methods to achieve triangulation? - Did the researcher ask the right questions or make the right observations, and were they recorded in an appropriate fashion? - Was a sufficient amount of data gathered? Were the data of sufficient depth and richness? 	Ja, Datensammlung ist gut beschrieben (p.442)	
Procedures	<ul style="list-style-type: none"> - Are data collection and recording procedures adequately described and do they appear appropriate? - Were data collected in a manner that minimized biases? Were the staff who collected data appropriately trained? 	Ja (p.442)	

Anhang

Enhancement of trustworthiness	<ul style="list-style-type: none"> - Did the researchers use effective strategies to enhance the trustworthiness/integrity of the study, and was the description of those methods adequate? - Were the methods used to enhance credibility appropriate and sufficient? - Did the researcher document research procedures and decision processes sufficiently that findings are auditable and confirmable? - Is the evidence of researcher reflexivity? - Is there 'tick description' of the context, participants, and findings, and was it at a sufficient level to support transferability? 	Ja (pp.441-443)	
Results			
Data analysis	<ul style="list-style-type: none"> - Are the data management and data analysis methods sufficiently described? - Was the data analysis strategy compatible with the research tradition and with the nature and type of data gathered? - Did the analysis yield an appropriate 'product' (e.g. a theory, taxonomy, thematic pattern)? - Do the analytic procedures suggest the possibility of biases? 	Ja (pp.443-445)	
Findings	<ul style="list-style-type: none"> - Are the findings effectively summarized, with good use of excerpts and supporting arguments? - Do the themes adequately capture the meaning of the data? - Does it appear that the researcher satisfactorily conceptualized the themes or patterns in the data? - Did the analysis yield an insightful, provocative, authentic and meaningful picture of the phenomenon under investigation? 	Ja (pp.443-445)	
Theoretical integration	<ul style="list-style-type: none"> - Are the themes or patterns logically connected to each other to form a convincing and integrated whole? - Are figures, maps, or models used effectively to summarize conceptualizations? - If a conceptual framework or ideological orientation guided the study, are the themes or patterns linked to it in a cogent manner? 	Ja, aber sehr eingeschränkt	Es wurde in der Diskussion auf eine Theorie verwiesen; jedoch nicht richtig eingebettet in die Studie.
Discussion			
Interpretation of the findings	<ul style="list-style-type: none"> - Are the findings interpreted within an appropriate social or cultural context? - Are major findings interpreted and discussed within the context of prior studies? - Are the interpretations consistent with the study's limitations? 	Ja (pp.446-447)	
Implications/recommendations	<ul style="list-style-type: none"> - Do the researchers discuss the implications of the study for clinical practice or further inquiry – and are those implications reasonable and complete? 	Ja (pp.446-447)	
Global Issues			
Presentation	<ul style="list-style-type: none"> - Is the report well written, organized, and sufficiently detailed for critical analysis? - Is the description of the methods, findings, and interpretations sufficiently rich and vivid? 	Ja	
Researcher credibility	<ul style="list-style-type: none"> - Do the researchers' clinical, substantive, or methodologic qualifications and experience enhance confidence in the findings and their interpretation? 	Ja	
Summary assessment	<ul style="list-style-type: none"> - Do the study findings appear to be trustworthy – do you have confidence in the truth value of the results? - Does the study contribute any meaningful evidence that can be used in nursing practice or that is useful to the nursing discipline? 	Ja	

Gesamtnote 2

Kritische Bewertung für quantitative Studien nach Polit & Beck (2012) "Effect of a feeding skills training programme on nursing assistants and dementia patients" (Chang & Lin 2005)

Aspekte des Artikels	Kritische Fragen	Kritische Bewertung	Fehlende Aspekte/ Anmerkungen
Titel	- Is the title a good one, succinctly suggesting key variables and the study population?	Ja	Design fehlt
Abstract	- Does the abstract clearly and concisely summarize the main features of the report (problem, methods, results, conclusions)?	Ja	
Introduction			
Statement of the problem	- Is the problem stated unambiguously, and is it easy to identify? - Does the problem statement build a cogent, persuasive argument for the new study? - Does the problem have significance for nursing? - Is there a good match between the research problem and the paradigm and methods used? Is a quantitative approach appropriate?	Ja (p. 1185f)	
Hypotheses or research questions	- Are research questions and/or hypotheses explicitly stated? If not, is their absence justified? - Are questions and hypotheses appropriately worded, with clear specification of key variables and the study population? - Are the questions/hypotheses consistent with the literature review and the conceptual framework?	Ja (p.1186)	Forschungsfragen genau angegeben, Rahmenwerk als Grafik (p.1186)
Literature review	- Is the literature review up to date and based mainly on primary sources? - Does the review provide a state-of-the-art synthesis of evidence on the problem? - Does the literature review provide a sound basis for the new study?	Ja	Teilweise ältere Literatur (>10 Jahre) verwendet,
Conceptual/theoretical framework	- Are key concepts adequately defined conceptually? - Is there a conceptual/theoretical framework, rationale, and/or map, and (if so) is it appropriate? If not, is the absence of one justified?	Ja (p.1186)	hätte genauer ausgeführt werden können
Method			
Protection of human rights	- Were appropriate procedures used to safeguard the rights of study participants? Was the study externally reviewed by an IRB/ethics review board? - Was the study designed to minimize risks and maximize benefits to participants?	Ja (p. 1187)	
Research design	- Was the most rigorous possible design used, given the study purpose? - Were appropriate comparisons made to enhance interpretability of the findings? - Was the number of data collection points appropriate? - Did the design minimize biases and threats to the internal, construct, and external validity of the study (e.g., was blinding used, was attrition minimized)?	Ja	
Population and sample	- Is the population described? Is the sample described in sufficient detail? - Was the best possible sampling design used to enhance the sample's representativeness? Were sampling biases minimized? - Was the sample size adequate? Was a power analysis used to estimate sample size needs?	Ja, aber Sample Size zu klein	keine Power-Analyse, Stichprobe ist zu (n=20/16)
Data collection and measurement	- Are the operational and conceptual definitions congruent? - Were key variables operationalized using the best possible method (e.g., interviews, observations, and so on) and with adequate justification? - Are specific instruments adequately described and were they good choices, given the study purpose, variables being studied, and the study population? - Does the report provide evidence that the data collection methods yielded data that were reliable and valid?	Ja (p.1189ff)	

Anhang

Procedures	<ul style="list-style-type: none"> - If there was an intervention, is it adequately described, and was it rigorously developed and implemented? Did most participants allocated to the intervention group actually receive it? Is there evidence of intervention fidelity? - Were data collected in a manner that minimized bias? Were the staff who collected data appropriately trained? 	Intervention vorhanden; Data collection gut nachvollziehbar (p.1187)	Keine genauen Angaben darüber wie Daten genau gesammelt wurden
Results			
Data analysis	<ul style="list-style-type: none"> - Were analysis undertaken to address each research question or test each hypothesis? - Were appropriate statistical methods used, given the level of measurement of the variables, number of groups being compared, and assumptions of the tests? - Was the most powerful analytic method used (e.g., did the analysis help to control for confounding variables)? - Were Type I and Type II errors avoided or minimized? - In intervention studies, was an intention-to-treat analysis performed? - Were problems of missing values evaluated and adequately addressed? 	Ja (p.1187ff)	
Findings	<ul style="list-style-type: none"> - Is information about statistical significance presented? Is information about effect size and precision of estimates (confidence intervals) presented? - Are the findings adequately summarized, with good use of tables and figures? - Are findings reported in a manner that facilitates a meta-analysis, and with sufficient information needed for EBP? 	Ja (p-Wert p.1188)	
Discussion			
Interpretation of the findings	<ul style="list-style-type: none"> - Are all major findings interpreted and discussed within the context of prior research and/or the study's conceptual framework? - Are causal inferences, if any, justified? - Are interpretations well-founded and consistent with the study's limitations? - Does the report address the issue of the generalizability of the findings? 	Ja	
Implications/recommendations	<ul style="list-style-type: none"> - Do the researchers discuss the implications of the study for clinical practice or further research – and are those implications reasonable and complete? 	Ja	
Global Issues			
Presentation	<ul style="list-style-type: none"> - Is the report well-written, organized, and sufficiently detailed for critical analysis? - In intervention studies, is a consort flow chart provided to show the flow of participants in the study? - Is the report written in a manner that makes the findings accessible to practicing nurses? 	Ja	
Researcher credibility	<ul style="list-style-type: none"> - Do the researchers' clinical, substantive, or methodologic qualifications and experience enhance confidence in the findings and their interpretation? 	Ja	
Summary assessment	<ul style="list-style-type: none"> - Despite any limitations, do the study findings appear to be valid – do you have confidence in the truth value of the results? - Does the study contribute any meaningful evidence that can be used in nursing practice or that is useful to the nursing discipline? 	Ja	

Gesamtnote 2

Kritische Bewertung für quantitative Studien nach Polit & Beck (2012) "Attitudes of Nursing Staff towards Nutritional Nursing Care" (Christensson et al. 2003)

Aspekte des Artikels	Kritische Fragen	Kritische Bewertung	Fehlende Aspekte/ Anmerkungen
Titel	- Is the title a good one, succinctly suggesting key variables and the study population?	Ja	Design fehlt, Setting fehlt
Abstract	- Does the abstract clearly and concisely summarize the main features of the report (problem, methods, results, conclusions)?	Ja	
Introduction			
Statement of the problem	- Is the problem stated unambiguously, and is it easy to identify? - Does the problem statement build a cogent, persuasive argument for the new study? - Does the problem have significance for nursing? - Is there a good match between the research problem and the paradigm and methods used? Is a quantitative approach appropriate?	Ja (p. 223f)	
Hypotheses or research questions	- Are research questions and/or hypotheses explicitly stated? If not, is their absence justified? - Are questions and hypotheses appropriately worded, with clear specification of key variables and the study population? - Are the questions/hypotheses consistent with the literature review and the conceptual framework?	Ja (p.224)	Forschungsfragen in Ziel integriert
Literature review	- Is the literature review up to date and based mainly on primary sources? - Does the review provide a state-of-the-art synthesis of evidence on the problem? - Does the literature review provide a sound basis for the new study?	Ja	Teilweise ältere Literatur (>10 Jahre) verwendet,
Conceptual/theoretical framework	- Are key concepts adequately defined conceptually? - Is there a conceptual/theoretical framework, rationale, and/or map, and (if so) is it appropriate? If not, is the absence of one justified?	Ja (p.224f)	
Method			
Protection of human rights	- Were appropriate procedures used to safeguard the rights of study participants? Was the study externally reviewed by an IRB/ethics review board? - Was the study designed to minimize risks and maximize benefits to participants?	Ja (p. 227)	
Research design	- Was the most rigorous possible design used, given the study purpose? - Were appropriate comparisons made to enhance interpretability of the findings? - Was the number of data collection points appropriate? - Did the design minimize biases and threats to the internal, construct, and external validity of the study (e.g., was blinding used, was attrition minimized)?	Grundsätzlich ja	Verzerrungen jedoch möglich, Gruppen waren nicht verblindet
Population and sample	- Is the population described? Is the sample described in sufficient detail? - Was the best possible sampling design used to enhance the sample's representativeness? Were sampling biases minimized? - Was the sample size adequate? Was a power analysis used to estimate sample size needs?	Ja (p. 225ff)	keine Power-Analyse, Stichprobe könnte zu klein sein (n=185/198)
Data collection and measurement	- Are the operational and conceptual definitions congruent? - Were key variables operationalized using the best possible method (e.g., interviews, observations, and so on) and with adequate justification? - Are specific instruments adequately described and were they good choices, given the study purpose, variables being studied, and the study population? - Does the report provide evidence that the data collection methods yielded data that were reliable and valid?	Ja (p.224ff)	

Anhang

Procedures	<ul style="list-style-type: none"> - If there was an intervention, is it adequately described, and was it rigorously developed and implemented? Did most participants allocated to the intervention group actually receive it? Is there evidence of intervention fidelity? - Were data collected in a manner that minimized bias? Were the staff who collected data appropriately trained? 	Intervention vorhanden; Data collection gut nachvollziehbar (p.226)	Bias nicht auszuschließen, da die Einstellungen der Gruppen an sich sehr heterogen sein könnten
Results			
Data analysis	<ul style="list-style-type: none"> - Were analysis undertaken to address each research question or test each hypothesis? - Were appropriate statistical methods used, given the level of measurement of the variables, number of groups being compared, and assumptions of the tests? - Was the most powerful analytic method used (e.g., did the analysis help to control for confounding variables)? - Were Type I and Type II errors avoided or minimized? - In intervention studies, was an intention-to-treat analysis performed? - Were problems of missing values evaluated and adequately addressed? 	Ja (p.227ff)	
Findings	<ul style="list-style-type: none"> - Is information about statistical significance presented? Is information about effect size and precision of estimates (confidence intervals) presented? - Are the findings adequately summarized, with good use of tables and figures? - Are findings reported in a manner that facilitates a meta-analysis, and with sufficient information needed for EBP? 	Ja (p-Wert p.227)	
Discussion			
Interpretation of the findings	<ul style="list-style-type: none"> - Are all major findings interpreted and discussed within the context of prior research and/or the study's conceptual framework? - Are causal inferences, if any, justified? - Are interpretations well-founded and consistent with the study's limitations? - Does the report address the issue of the generalizability of the findings? 	Ja	
Implications/recommendations	<ul style="list-style-type: none"> - Do the researchers discuss the implications of the study for clinical practice or further research – and are those implications reasonable and complete? 	Nein	
Global Issues			
Presentation	<ul style="list-style-type: none"> - Is the report well-written, organized, and sufficiently detailed for critical analysis? - In intervention studies, is as consort flow chart provided to show the flow of participants in the study? - Is the report written in a manner that makes the findings accessible to practicing nurses? 	Mäßig	Teilweise verwirrender Aufbau
Researcher credibility	<ul style="list-style-type: none"> - Do the researchers' clinical, substantive, or methodologic qualifications and experience enhance confidence in the findings and their interpretation? 	Ja	
Summary assessment	<ul style="list-style-type: none"> - Despite any limitations, do the study findings appear to be valid – do you have confidence in the truth value of the results? - Does the study contribute any meaningful evidence that can be used in nursing practice or that is useful to the nursing discipline? 	Ja	

Gesamtnote 2



Mangelernährung in Langzeitpflegeeinrichtungen

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, sehr geehrte Damen und Herren,

Mangelernährung ist ein häufig auftretendes Problem in der Langzeitpflege. Die Europäische Pflegequalitätsstudie 2012 aus Österreich berichtet von Häufigkeiten von 23% in Pflegeheimen. Um adäquat auf dieses Problem reagieren zu können, sollten Pflegepersonen vermehrt sensibilisiert werden und über ausreichend Wissen und Kenntnisse zur adäquaten Identifizierung und Behandlung von mangelernährten BewohnerInnen bzw. BewohnerInnen mit Risiko verfügen. Erster Schritt dazu ist es Wissen von Pflegepersonen zu erheben um aufbauend auf diesen Informationen geeignete Aus-, Fort- und Weiterbildungsprogramme entwickeln zu können mit dem Ziel, die pflegerische Versorgung von mangelernährten BewohnerInnen zu verbessern.

Wir möchten Sie um Mitarbeit in dieser Studie bitten.

Wie wird diese Studie durchgeführt?

Das Ziel dieser Studie ist die Erfassung von Wissen von Pflegepersonen zu Mangelernährung. Dazu werden Daten mithilfe dieses Fragebogens gesammelt. Die ermittelten Informationen werden anschließend statistisch ausgewertet.

Was erwartet Sie als Teilnehmerin/ Teilnehmer?

Die Teilnahme an dieser Studie bedeutet für Sie, dass Sie einen Fragebogen zum Wissen von Pflegepersonen zu Mangelernährung ausfüllen (Dauer ca. 20 Minuten) und in die angebrachte Box auf der Station einwerfen. Die von Ihnen erhobenen Informationen werden im Anschluss anonymisiert ausgewertet. Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig und kann jederzeit von Ihnen, ohne Angaben von Gründen, abgebrochen werden.

Was bedeutet anonymisiert?

Sie geben keinen Namen auf dem Fragebogen an, sodass keine Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden können. Die Daten werden nur vom Institut für Pflegewissenschaft analysiert. Dabei werden die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes berücksichtigt.

An wen kann ich meine Fragen richten?

Sollten Sie Fragen oder Probleme haben, so steht Ihnen das Forschungsteam am Institut für Pflegewissenschaft der Medizinischen Universität Graz jederzeit gern zur Verfügung.

Silvia Schönherr, MSc, BSc
Medizinische Universität Graz
Institut für Pflegewissenschaft
Billrothgasse 6; A- 8010 Graz
Tel: +43 316 385 71635
silvia.schoenherr@medunigraz.at

Univ.-Prof. Dr. Christa Lohmann

Vielen Dank für Ihr Interesse und Ihre Mitarbeit!

Einwilligungserklärung

Ich bin ausführlich und verständlich über die Studie aufgeklärt worden. Dies beinhaltet Informationen zum Wesen, zur Bedeutung und zur Tragweite der Studie sowie die sich für mich daraus ergebenden Anforderungen und möglichen Belastungen.

Ich habe darüber hinaus den Text dieses Informationsschreibens und die Einwilligungserklärung gelesen. Aufgetretene Fragen wurden mir verständlich und genügend beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden und habe zurzeit keine weiteren Fragen.

Prinzipiell behalte ich mir jedoch das Recht vor, die Nutzung meiner Daten zu untersagen bzw. meine freiwillige Mitwirkung an der Studie jederzeit zu beenden, ohne dass mir daraus Nachteile in irgendeiner Form entstehen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine, im Rahmen dieser Studie ermittelten Daten, anonym aufgezeichnet und statistisch ausgewertet werden. Wenn ich diesbezügliche Fragen habe, kann ich mich jederzeit an das Forschungsteam wenden.

Beim Umgang mit den Daten werden die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes berücksichtigt.

Datum

Unterschrift Pflegeperson

Dieser Abschnitt bleibt bei der Pflegeperson

BITTE ABTRENNEN

Ich erkläre mich bereit, diesen Fragenbogen im Rahmen der Studie

Mangelernährung in Langzeitpflegeeinrichtungen

auszufüllen und bestätige damit meine Teilnahme.

JA O

NEIN O

Bitte lesen Sie die folgenden Informationen vor dem Ausfüllen des Fragebogens

Das Ziel dieser Studie ist die Erfassung von Wissen von Pflegepersonen zu Mangelernährung. Mangelernährung wird im Rahmen dieser Studie im Sinne von Unterernährung verstanden. Das ist ein Zustand, bei dem ein Mangel oder eine Störung von Energie, Protein oder anderen Nährstoffen zu messbaren Effekten auf den Körper, die Körperfunktion und die klinischen Ergebnisse führt (Elia 2005).

Der Fragebogen besteht aus zwei Teilen: Teil A und Teil B. Nähere Informationen zur Beantwortung der Fragen finden Sie jeweils im Vorfeld.

Bitte lesen Sie zunächst in Ruhe die Informationen zum Ausfüllen der Fragen und die jeweilige Frage durch. Bitte füllen Sie alle Fragen vollständig aus, damit wir einen umfassenden Eindruck über die Situation erhalten. Beim Ausfüllen des gesamten Fragebogens bitten wir Sie ausnahmslos **keine Hilfsmittel** zu nutzen und sich **nicht mit Ihren KollegInnen** auszutauschen.

Wir sichern Ihnen zu:

Der gesamte von Ihnen ausgefüllte Fragebogen wird **nicht an Dritte weitergegeben** und wird vollkommen anonym ausgewertet. Die Pflegedienstleitung ihrer Einrichtung bekommt nur Durchschnittswerte aller teilnehmenden Pflegepersonen (Gesamt) zur Verfügung gestellt. Dabei werden **keine Rückschlüsse auf einzelne Personen** möglich sein.

Mit ihrem Beitrag an dieser Befragung helfen Sie uns bei der Optimierung bereits bestehender Aus-, Fort und Weiterbildungen bzw. in der Entwicklung neuer Aus-, Fort und Weiterbildungen. Langfristig gesehen kann mit Ihrer Hilfe die Qualität der pflegerischen Versorgung verbessert werden.

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Unterstützung!

Teil B

Bitte kreuzen Sie für jede Aussage an, inwieweit Sie dieser zustimmen bzw. nicht zustimmen.

	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Unentschieden	Stimme eher nicht zu	Stimme gar nicht zu
Eine warme Mahlzeit pro Tag ist ausreichend für Menschen ab 70 Jahre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es macht keinen Sinn, das Körpergewicht aller BewohnerInnen zu erfassen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BewohnerInnen von Pflegeeinrichtungen möchten nicht über ihre früheren Essensgewohnheiten befragt werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BewohnerInnen mit Schluckstörungen sollten nicht zum eigenständigen Essen ermutigt werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Konzipierung von Speiseräumen sollte vorrangig auf die Arbeitserleichterung der MitarbeiterInnen abgestimmt sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Individualisierung von Essenszeiten ist nicht möglich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es macht keinen Sinn, BewohnerInnen, die beim Essen Probleme haben, zum eigenständigen Essen anzuleiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es ist ausreichend, jene BewohnerInnen zu wiegen, deren ÄrztInnen dies verordnet haben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Nährwert von Mahlzeiten für Menschen über 70 Jahre muss nicht so hoch sein wie bei Mahlzeiten für Jüngere.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Unentschieden	Stimme eher nicht zu	Stimme gar nicht zu
Es ist am besten, wenn das Essen von MitarbeiterInnen auf Tellern, ohne die Mithilfe von BewohnerInnen, serviert wird.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erfahrene MitarbeiterInnen wissen immer, was die BewohnerInnen essen sollen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nur bestimmte BewohnerInnen profitieren von einem Assessment ihres Ernährungsstatus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es ist wichtig, das Essen so zu verteilen, dass alle BewohnerInnen gleich große Portionen erhalten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vorgefertigte Trinknahrung ist ein guter Ersatz für normale Mahlzeiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unterernährung bei älteren Menschen kommt in geriatrischen oder medizinischen Einrichtungen selten vor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BewohnerInnen beim Essen zu helfen erfordert keine besondere Kenntnis oder Erfahrung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Essenszeiten brauchen nicht individuell abgestimmt zu sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Übergewichtige BewohnerInnen sollten immer niedrigkalorische Nahrung bekommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Demografische Daten

Geschlecht: Weiblich Männlich

Alter: _____ Jahre

Bitte geben Sie Ihre höchste berufliche Qualifikation an:

- Pflegehilfe
- Fach- oder DiplomsocialbetreuerIn
- Diplom der Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege oder/und der Psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege

Jahr des Abschlusses: _____

Haben Sie eine Zusatzqualifikation?

- Ja Nein

Wenn Ja, welche? _____

Beschäftigungsausmaß: Vollzeit Teilzeit

Wenn Teilzeit, wie viel %? _____ %

Auf welcher Station sind Sie beschäftigt?

- Pflegestation ohne Spezialisierung
- Pflegestation mit Spezialisierung z.B. Demenz oder Wachkoma

Haben Sie schon einmal eine Fortbildung zum Thema Mangelernährung besucht?

- Ja Nein

Wenn Ja: Wann war diese Fortbildung? _____

Wie lange hat diese Fortbildung gedauert? _____ Stunden/ _____ Tage

Was denken Sie, wie viele BewohnerInnen sind in Ihrer Einrichtung mangelernährt?

_____ %

Wie sind Sie zu dieser Einschätzung gekommen?

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!