

Bachelorarbeit

Einflussnahme der Pflegenden auf die Gesundheitskompetenz von Erziehungs- berechtigten

eingereicht von

Nina Gutschi

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Nursing science

(BScN.)

Medizinische Universität Graz

Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von

Gerhilde Schüttengruber, BSc, MSc

Graz, am 28. März 2017

Eidesstattliche Erklärung

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

28. März 2017

Nina Gutschi, eh

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	1
1.1 Background	1
1.2 Was ist Gesundheitskompetenz?	2
1.3 Bedeutung der Gesundheitskompetenz	3
1.4 Instrumente zur Erhebung der Gesundheitskompetenz	4
1.5 Derzeitiges Wissen und Forschungslücke	6
1.6 Forschungsziel und Forschungsfrage	6
2 Methode	7
3 Ergebnisse	12
3.1 Beeinflussende Faktoren der Gesundheitskompetenz von Erziehungsberechtigten	12
3.2 Informationsaufbereitung	18
3.3 Informationsverbreitung	23
3.4 Überprüfung des Verständnisses	29
4 Diskussion	31
4.1 Stärken und Schwächen	36
5 Schlussfolgerung	36
5.1 Forschungsempfehlung	37
5.2 Praxisempfehlung	37
6 Literaturverzeichnis	39
7 Anhang – Bewertungsbögen	43

Zusammenfassung

Hintergrund: Der European Health Literacy Survey zeigte auf, dass knapp die Hälfte der Europäer eine mangelnde bis problematische Gesundheitskompetenz aufweist. Menschen mit mangelnder Gesundheitskompetenz haben Schwierigkeiten bei der Orientierung im Gesundheitssystem beziehungsweise bei der Entscheidungsfindung für die eigene Gesundheit, sowie für die Gesundheit der Familie. Risikofaktoren wie erhöhtes Alter, chronische Erkrankungen, ein sozial und finanziell eingeschränkter Status und ein niedriges Bildungsniveau begünstigen eine mangelnde Gesundheitskompetenz.

Ziel: Das Ziel der Arbeit ist es, die Möglichkeiten von Pflegekräften zur positiven Einflussnahme auf die Gesundheitskompetenz von Erziehungsberechtigten aufzuzeigen.

Methode: Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein Literaturreview durchgeführt. Die Suche fand in den Datenbanken PubMed, CINAHL, ISI Web of Knowledge und Cochrane statt. Es wurde englische und deutsche Literatur eingeschlossen, die von 2006 bis 2016 publiziert wurde. Die inkludierten Studien wurden anhand methodenspezifischer Bewertungsbögen auf ihre Qualität überprüft.

Ergebnisse: Neun Studien wurden in die Arbeit inkludiert. Es gibt verschiedene Faktoren, die die Gesundheitskompetenz der Erziehungsberechtigten beeinflussen, wie beispielsweise der kulturelle Hintergrund von Personen. Informationen sollen deshalb einfach aufbereitet werden, um damit Erziehungsberechtigte mit unterschiedlicher Gesundheitskompetenz anzusprechen. Es gibt einige evidenzbasierte Guidelines, welche Regeln zur optimalen Gestaltung von Informationen beinhalten. Die Überprüfung des Verständnisses wird im Anschluss ebenfalls mit evidenzbasierten Methoden empfohlen.

Schlussfolgerung: Der Schlüssel zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz von Erziehungsberechtigten durch Pflegekräfte ist die Kommunikation. Die Anwendung von „plain language“ im Pflegealltag ist essentiell. Eine zentrale Webseite, die vom nationalen Gesundheitssystem unterstützt wird und eine Telefonhotline, bereitgestellt durch Pflegekräfte, könnten zur Steigerung der Gesundheitskompetenz beitragen und das Gesundheitssystem entlasten. Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege mit einer Zusatzausbildung im Bereich Health Literacy wäre eine fähige Berufsgruppe, die zur Problemlösung bezüglich der

mangelnden Gesundheitskompetenz von Erziehungsberechtigten beitragen könnte.

Abstract

Background: Nowadays it's becoming more and more difficult for people to understand, evaluate and use health related information. As a consequence there are arising difficulties concerning the orientation through the health care system and health promoting decisions for the own health or the health of the family. Risk factors for low health literacy are age, chronic health conditions, a low educational level and socioeconomically deprivation. The European Health Literacy Survey showed that nearly half of the European people demonstrate low health literacy.

Aim: The aim of this thesis is to show possibilities for nurses to influence health literacy of parents.

Methods: A review of existing literature in PubMed, CINAHL, ISI Web of Knowledge und Cochrane was conducted. German and English literature published from 2006 to 2016 was included. The quality of included studies was critically verified based on evaluation sheets.

Result: Nine suitable studies were included to conduct this thesis. The results showed that there is a range of factors which are influencing health literacy of parents like the cultural background. These factors must be considered for improving health literacy. Information must be prepared and distributed with clear and simple language to reach people with different levels of health literacy. There are many evidence based guidelines which could be used for this purpose. Assessing patient comprehension is also recommended based on evidence based guidelines.

Conclusion: Nurses are able to influence parental health literacy by communication. The implementation of plain language is the most important part to improve communication. A centralized website and a nurse-call-hotline for delivering the most important information could have a favourable effect on parental health literacy and the health care system. Specialized educated nurses could potentially play a problem-solving role related to low health literacy.

1 Einleitung

1.1 Background

In den letzten Jahrzehnten hat sich die Rolle der Patienten und Patientinnen verändert. Sie sollen eine selbstbestimmte, eigenständige Rolle im Gesundheitssystem einnehmen und Verantwortung für die eigene Gesundheit übernehmen. Durch das Treffen eigenständiger, gesundheitsfördernder Entscheidungen in verschiedenen Lebensbereichen werden Patienten und Patientinnen dieser Rolle gerecht. Durch das oftmals komplexe Gesundheitssystem in Kombination mit dem digitalen Zeitalter wird es jedoch immer schwieriger, gesundheitsfördernde Entscheidungen zu treffen und sich in den Versorgungssystemen zurechtzufinden (Scotten 2015). Anzunehmen ist, dass die Schwierigkeiten einerseits durch die Kommunikation mit den Gesundheitspartnern, andererseits durch die mangelnde Aufbereitung der Informationen zustande kommen (Öffentliches Gesundheitsportal Österreich 2017). Der European Health Literacy Survey (HLS-EU), der im Jahr 2011 in acht europäischen Ländern durchgeführt wurde, verdeutlichte die Problematik (WHO 2013). In diesem Survey wurden 8000 Menschen zum Thema Gesundheitskompetenz befragt, darunter auch Österreicher und Österreicherinnen. Das Ergebnis zeigte, dass knapp die Hälfte der Erwachsenen in den europäischen Ländern eine mangelnde oder problematische Gesundheitskompetenz aufwies. Die österreichische Bevölkerung lag sogar unter dem europäischen Durchschnitt. Ältere und chronisch kranke Menschen, sozial schwächere und finanziell eingeschränkte Menschen, sowie Menschen mit einem niedrigen Bildungsniveau wurden durch den Survey als Risikogruppe für mangelnde oder problematische Gesundheitskompetenz enttarnt (HLS-EU Consortium 2012). Die Bildung als beeinflussender Faktor ist vor allem deshalb relevant, da ein niedriges Bildungsniveau oft mit einer hohen Anzahl an Kindern assoziiert wird. Bei einer Datenerhebung in Deutschland im Jahr 2014 wurde festgestellt, dass nur 17 Prozent der Frauen mit einem tertiären Schulabschluss drei oder mehrere Kinder hatten. Bei Frauen mit einem Hauptschulabschluss als höchsten Schulabschluss lag die Rate sogar bei 38 Prozent (Demografieportal 2014). Weiters wurde bei dem European Health Literacy Survey verdeutlicht, dass die Gesundheitskompetenz von Jugendlichen ebenfalls zu einem großen Teil unzureichend ist. Dieses Ergebnis zeigte neben der Häufig-

keit des Auftretens auch, dass dieses Thema Menschen jeder Altersklasse betrifft (HLS-EU Consortium 2012).

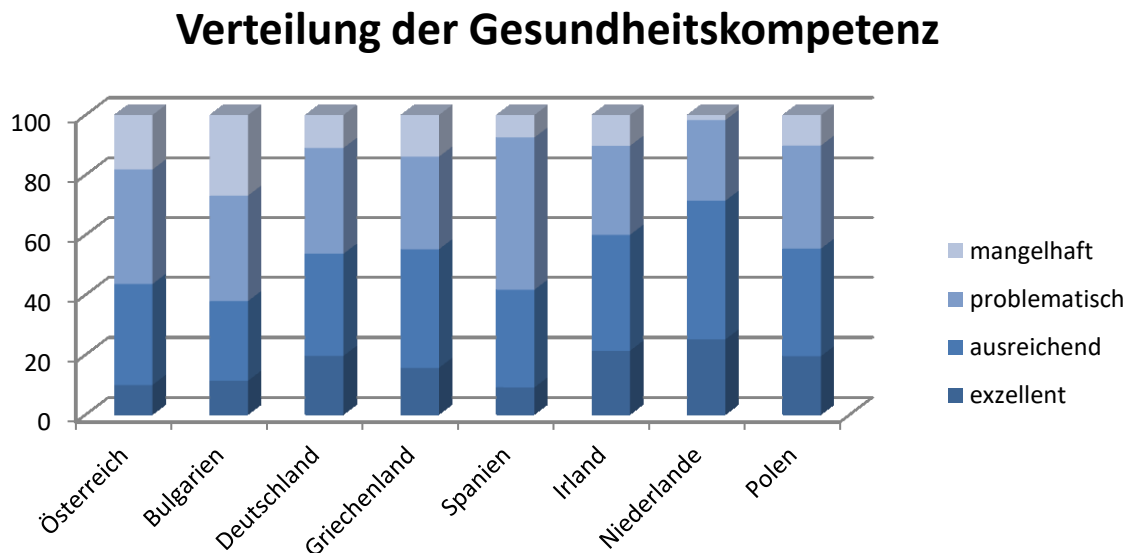


Abbildung 1: Verteilung der Gesundheitskompetenz im Ländervergleich in Prozent (HLS-EU Consortium 2012)

1.2 Was ist Gesundheitskompetenz?

Der Begriff Gesundheitskompetenz leitet sich vom englischen Begriff „Health Literacy“ ab, der in der Literatur häufig verwendet wird. Es gibt viele verschiedene Definitionen von Gesundheitskompetenz. Laut der World Health Organization (WHO) ist Gesundheitskompetenz die Fähigkeit, gesundheitsfördernde Informationen zu finden, diese zu verstehen, zu beurteilen und anwenden zu können, um in den Bereichen Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung Entscheidungen treffen zu können, welche die Lebensqualität erhalten oder verbessern (WHO 2013). Nachdem einige Studien einen Zusammenhang zwischen der Basisbildung von Menschen, also den Fähigkeiten wie dem Lesen, Schreiben und Rechnen und Gesundheit herstellen konnten, nahm die internationale Relevanz um das Konzept der Gesundheitskompetenz laufend zu. Durch die Entwicklung eines umfassenden Begriffs wurde die Gesundheitskompetenz in die Gesundheitsförderung integriert (ÖPGK 2016).

Gesundheitskompetenz ist eine wichtige Gesundheitsdeterminante. Eine hohe Gesundheitskompetenz und die verständliche und einfache Aufbereitung von Ge-

sundheitsinformationen bewirken ein gutes Verständnis der eigenen Gesundheit und fördern die Fähigkeit, gesundheitsfördernde Entscheidungen zu treffen. Hingegen kämpfen Personen mit einer mangelnden Gesundheitskompetenz mit einer Vielzahl an Auswirkungen auf die Gesundheit. Zentrale Begriffe des Konzepts der Gesundheitskompetenz sind Empowerment und Partizipation. Erwachsene sollen befähigt werden, eigene Entscheidungen zu treffen und selbst Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen (ÖPGK 2016).

1.3 Bedeutung der Gesundheitskompetenz

Um die richtigen Entscheidungen für sich selbst und seine Kinder im Zusammenhang mit Gesundheit treffen zu können, müssen Erziehungsberechtigte in der Lage sein, sich im Gesundheitssystem zurecht zu finden und Informationen zu verstehen. Sollten sie damit Probleme haben, ist ihre Gesundheitskompetenz nicht adäquat. Erziehungsberechtigte sind eine Zielgruppe, mit deren Verbesserung der Gesundheitskompetenz nicht nur ihre eigene Gesundheit, sondern auch die Gesundheit ihrer Kinder positiv beeinflusst werden könnte (Lambert & Keogh 2014a). Menschen mit mangelnder Gesundheitskompetenz haben Schwierigkeiten beim Treffen von gesundheitsfördernden Entscheidungen, zeigen ein riskantes Gesundheitsverhalten und verfügen über eine schlechtere Gesundheit und Selbsthilfe und werden häufiger ins Krankenhaus eingewiesen (WHO 2013). Verschiedene Studien haben einen Zusammenhang zwischen der mangelnden Gesundheitskompetenz von Erziehungsberechtigten und den Auswirkungen auf die Gesundheit ihrer Kinder erkannt. Daher soll die Gesundheit von Kindern immer in Zusammenhang mit der Gesundheitskompetenz der Erziehungsberechtigten betrachtet werden (Abrams, Klass & Dreyer 2009). Die Auswirkungen betreffen schon generelle Themen wie die adäquate Ernährung, die Sicherheit, Impfungen oder Medikationen. Weiters wirkt sich eine mangelnde Gesundheitskompetenz der Erziehungsberechtigten auf das Gewicht der Kinder und das potentielle Adipositasrisiko im Erwachsenenalter aus (Cha & Besse 2014). Mangelnde Gesundheitskompetenz wird ebenfalls mit schlechteren Ergebnissen in Bezug auf Medikamentenmanagement wie der Dosierung und Verabreichung bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes oder Fieber assoziiert (Yin et al. 2009; Yin et al. 2010; Monsma, Richerson & Sloand 2013; Johnston et al. 2015). Auch die Kosten für

das Gesundheitssystem steigen durch die mangelnde Gesundheitskompetenz der Erziehungsberechtigten. Ein Grund sind die häufigen und unzweckmäßigen Besuche mit ihren Kindern in Institutionen wie Notaufnahmen, beispielsweise wegen Erkältungssymptomen oder Fieber (Ohns et al. 2015; Morrison et al. 2013; Alqudah et al. 2014; Monsma, Richerson & Sloand 2013; Alberti & Nannini 2011). Begründet wird dieses Phänomen dadurch, dass bei diesen Kindern die vorgesehenen präventiven Untersuchungen nicht durchgeführt werden. Durch die überfüllten Notaufnahmen kommt es neben den steigenden Kosten für das Gesundheitssystem und die Familien zu schlechteren Ergebnissen der Gesundheitsversorgung, einer Störung der Kontinuität in der Versorgung und einer inadäquaten Nutzung von anderen Gesundheitsinstitutionen (Ohns et al. 2015, Rasu et al. 2015).

Weitere Einflussfaktoren und Auswirkungen der mangelnden Gesundheitskompetenz von Erziehungsberechtigten werden im Ergebnisteil unter „Beeinflussende Faktoren der Gesundheitskompetenz von Erziehungsberechtigten“ besprochen.

Das Thema Gesundheitskompetenz ist speziell für die Berufsgruppe der Pflegenden sehr relevant. Laut dem § 14 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG) ist die „Förderung der Gesundheitskompetenz, Gesundheitsförderung und Prävention“ eine der pflegerischen Kernkompetenzen des gehobenen Dienstes für Gesundheits-, und Krankenpflege (RIS 2016). Die Pflegenden haben daher die Aufgabe, an der Steigerung der Gesundheitskompetenz mitzuwirken.

1.4 Instrumente zur Erhebung der Gesundheitskompetenz

Die Erhebung der Gesundheitskompetenz ist für das Gesundheitspersonal und auch für die Forschung ein wichtiger Bestandteil. Durch Instrumente zur Erhebung der Gesundheitskompetenz wird dem Gesundheitspersonal die Möglichkeit geboten, die Gesundheitskompetenz ihrer Gesprächspartner schnell und einfach zu erheben. Dadurch kann die Präsentation der Informationen auf die individuelle Situation angepasst werden. Somit sind die Informationen für den Gesprächspartner verständlich und die Fähigkeit, eigene gesundheitsfördernde Entscheidungen zu treffen, wird gefördert (Powers, Bosworth & Trinh 2010; Lambert & Keogh 2014b). Für die Forschung sind diese Instrumente wichtig, um die Gesundheitskompetenz der Teilnehmer und Teilnehmerinnen zu messen und somit die Reich-

weite der Auswirkungen einer mangelnden Gesundheitskompetenz erheben zu können (Powers, Bosworth & Trinh 2010).

Wide Range Achievement Test (WRAT)

Von WRAT gibt es verschiedene Testarten zur Überprüfung von unterschiedlichen Zielgruppen. Bei diesem Test werden Lesefähigkeiten, Rechtschreibung und mathematische Fähigkeiten erhoben. Es gibt WRAT Level I, der Kinder von fünf bis elf Jahren untersucht und Level II, der für Kinder ab zwölf Jahren und für Erwachsenen geeignet ist. Der Test dauert zirka 20 – 30 Minuten. Er ist valide und reliabel. WRAT-R ist eine verkürzte Form des Originaltests (Nova South-eastern University o. J.).

Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)

Das Instrument REALM ist ein sehr bekanntes und oft verwendetes Erhebungsinstrument. Der Patient oder die Patientin liest eine Liste mit Beispielwörtern aus medizinischen Formularen oder Schulungsmaterial laut vor. Die Punkteanzahl setzt sich dann aus der Anzahl der richtig ausgesprochenen Wörter zusammen (Dumenci et al. 2013). Das Instrument REALM, das ursprünglich 125 Items hatte und dessen Anwendung fünf Minuten dauerte, wurde mehrmals gekürzt (Davis et al. 1991). „Shortened REALM“ wurde auf 66 Items gekürzt, wodurch die Erhebungsdauer auf zwei Minuten reduziert wurde (Davis et al. 1993). Weitere verkürzte Versionen sind REALM-R (Bass, Wilson & Griffith 2003) mit acht Items und REALM-SF (Arozullah et al. 2007) mit sieben Items. Es gibt englische und spanische Versionen von REALM (Agency for Health Care Research and Quality 2016a).

Test of Functional Health literacy in Adults (TOFHLA)

Zusammen mit REALM ist TOFHLA das am häufigsten verwendete Instrument zur Erhebung der Gesundheitskompetenz. Dieser Test ist ein valides und zuverlässiges Hilfsmittel, um die Gesundheitskompetenz von Erwachsenen zu erheben. Es besteht aus 50 Items, die das Leseverständnis erfassen sollen und 17 Items, um die Rechenfähigkeiten zu überprüfen. Diese Erhebung dauert zirka 20 Minuten. Vom Instrument THOFLA gibt es zusätzlich eine spanische Version sowie die verkürzte Version S-THOFLA (Parker et al. 1995).

The Newest Vital Sign (NVS)

Mit diesem Hilfsmittel ist es möglich die Gesundheitskompetenz von Erwachsenen zu überprüfen. Anwendbar ist es für Englisch und Spanisch sprechende Erwachsene. NVS basiert auf dem Nahrungsmitteldetikett einer Eiscremeverpackung. Die Erwachsenen bekommen ein Bild dieses Etiketts, danach werden ihnen sechs Fragen dazu gestellt. Basierend auf der Anzahl der richtigen Antworten kann das Gesundheitspersonal oder die forschende Person die Gesundheitskompetenz der teilnehmenden Person auswerten. Die Testdauer beträgt zirka drei Minuten (Powers, Bosworth & Trinh 2010).

Parental health literacy activities test (PHLAT)

Dieser Test ist speziell für Eltern konzipiert. Er besteht aus 20 Items und erhebt die Gesundheitskompetenz und die Rechenkenntnisse der Eltern, die sie im alltäglichen Leben brauchen, um sich adäquat um ein Kind kümmern zu können. Die 20 Items behandeln drei klinische Dimensionen: Ernährung, Wachstum und Entwicklung; Verletzungen und Sicherheit beziehungsweise medizinische und präventive Versorgung. Der Test inkludiert Fähigkeiten wie das Lesen von Dokumenten, Grundrechnungsarten sowie Bruch- und Prozentrechnungen. Für den Test ist kein Zeitlimit vorgesehen (Kumar et al. 2010).

1.5 Derzeitiges Wissen und Forschungslücke

Es gibt einige Studien, die sich mit der Gesundheitskompetenz von Erziehungsberechtigten beschäftigen, jedoch gibt es keine aktuelle Forschungsarbeit, die die Möglichkeiten der Pflegekräfte zur positiven Einflussnahme auf die Gesundheitskompetenz von Erziehungsberechtigten behandelt. Um die Forschungslücke zu füllen, wurde ein Literaturreview zu diesem Thema erstellt.

1.6 Forschungsziel und Forschungsfrage

Das Ziel der Arbeit ist, die Möglichkeiten von Pflegekräften zur positiven Einflussnahme auf die Gesundheitskompetenz von Erziehungsberechtigten aufzuzeigen. Aus diesem Ziel leitet sich folgende Forschungsfrage ab:

Wie kann die Gesundheitskompetenz von Erziehungsberechtigten durch Pflegekräfte positiv beeinflusst werden?

2 Methode

Zur Beantwortung der genannten Forschungsfrage wurde ein Literaturreview durchgeführt. Die Suche erfolgte im Zeitraum von September bis Dezember 2016. Es wurden die Datenbanken PubMed, CINAHL, ISI Web of Knowledge und Cochrane verwendet. Die Schlüsselwörter der Suche lauteten „health literacy“, „parents“ und „nurse“. Die Schlüsselwörter „parents“ und „nurse“ wurden mit einer Trunkierung versehen, um alle passenden Treffer zu den Begriffen zu erhalten. Anschließend wurden diese Schlüsselwörter mit dem Bool'schen Operator „AND“ verbunden. Um die Ergebnisse einzuschränken, wurden Limitationen betreffend der Aktualität und der Sprache der Literatur getroffen. Es wurde nach deutschen und englischen Studien gesucht, die im Zeitraum von 2006 bis 2016 publiziert wurden. Beim Title- und Abstractscreening waren die Thematik der Gesundheitskompetenz von Erziehungsberechtigten und das Involvieren der professionellen Pflege wichtige Kriterien für die Auswahl der Studien.

Neben den 7 Studien, die in Referenzlisten als brauchbar für die Forschungsfrage identifiziert wurden, ergaben sich zusammen mit der eingeschränkten Suche 162 Treffer in den vier Datenbanken. Nach der Identifikation der Duplikate wurde ein Title- und Abstractscreening durchgeführt. Nach dem Volltextscreening von 49 Studien erwiesen sich 9 Studien für den empirischen Teil der Arbeit als relevant. Studien, die ausgeschlossen wurden, waren zur Beantwortung dieser Forschungsfrage nicht passend.

Die Qualität der wissenschaftlichen Literatur wurde anhand methodenspezifischer Bewertungsbögen kritisch beurteilt. Sechs Studien wurden mittels dem Bewertungsbogen für qualitative und quantitative Studien von Bauer (2014a) beurteilt, die übrigen drei Studien wurden mit dem Bewertungsbogen für Systematik Reviews von Bauer (2014b) beurteilt.

Zur besseren Nachvollziehbarkeit wurde die Literatursuche anhand eines Flussdiagramms grafisch dargestellt (Abbildung 2).

Weiters wurde eine tabellarische Zusammenfassung der inkludierten Literatur erstellt, um eine bessere Übersicht zu geben. Aus den Studien wurden Informationen zum Titel, zum Publikationsjahr, den Autoren und Autorinnen, dem Ziel und den Hauptergebnissen extrahiert (Tabelle 1).

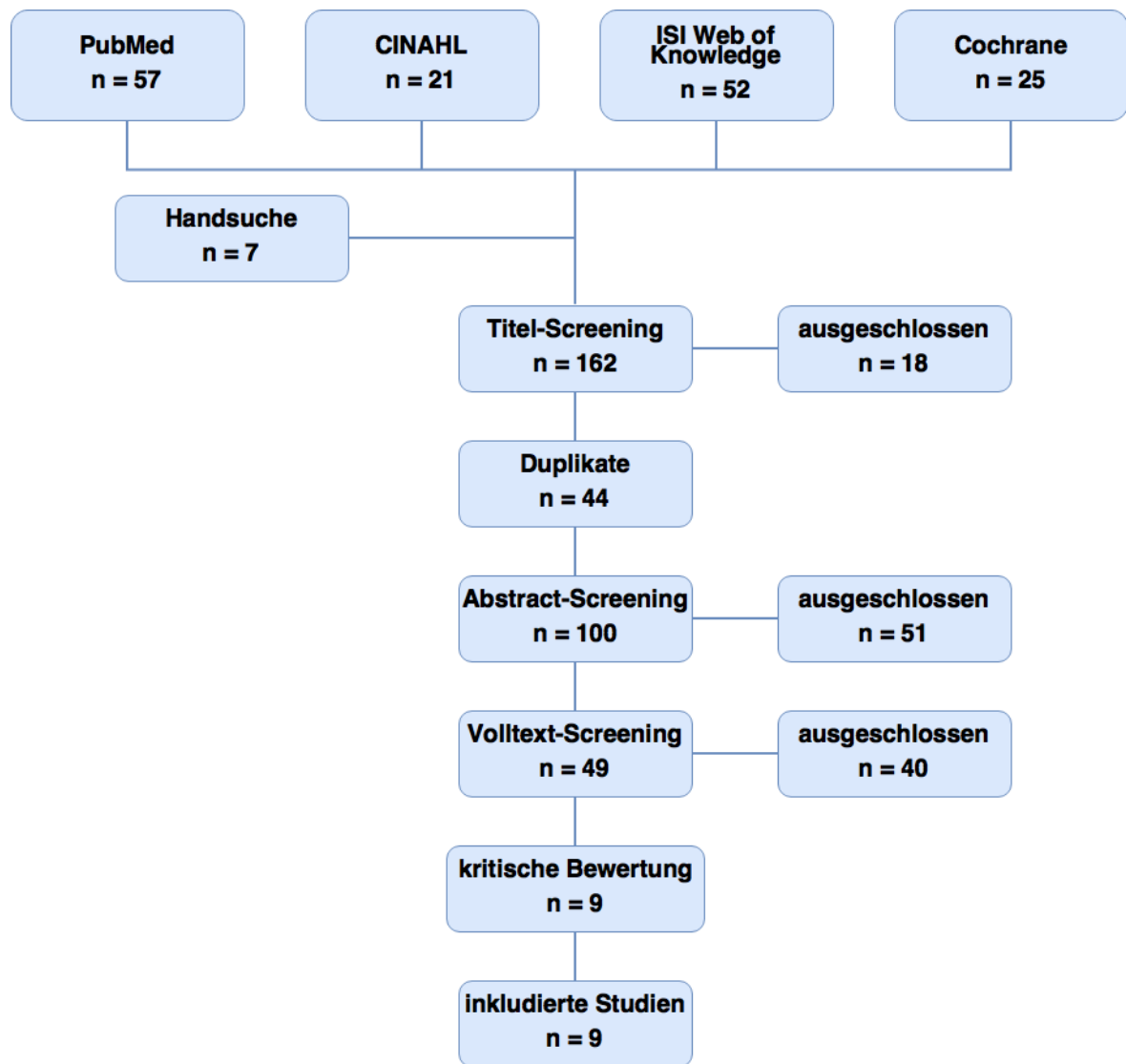


Abbildung 1: Flussdiagramm

Tabelle 1: Charakteristiken der Studien

Autor/Jahr	Titel	Ziel	Design	Hauptergebnisse
Jones, C. H. D., et al. 2013	Information needs of parents for acute childhood illness: determining „what, how and when“ of safety netting using a qualitative exploration with parents and clinicians	Erhebung von Sichtweisen zu Inhalt, Qualitätskriterien, Format und Verteilung eines „safety netting“-Programms durch Erziehungsberechtigte und Klinikangestellte	Qualitativ – explanatory approach	wichtig sind „plain language“, Mehrsprachigkeit, leichte Zugänglichkeit, Bilder und Symbole; Verteilung durch Community Child Nurse oder zentralisierte Webseite
Lam, W., Dawson, A. & Fowler, C. 2015	The Health Literacy of Hong Kong Chinese Parents with Pre-school Children in Seasonal Influenza Prevention: A Multiple Case Study at Household Level	Erhebung von Erkenntnissen für die Entwicklung eines gesundheitsfördernden Präventionsprogramms für Influenza	Qualitativ – multiple Fallstudien	Erziehungsberechtigte überschätzen sich; Gesundheitsinformationen werden aus verschiedenen Quellen gewonnen; Erziehungsberechtigte wünschen sich präventive Beratungen durch Pflegepersonen und mehr gesundheitsfördernde Ressourcen
Pontius, D. J. 2013	Health literacy. Part 1. Practical techniques for getting your message home.	Aufzeigen von evidenzbasierten Techniken zur Verbesserung der verbale Kommunikation, vor allem für School Nurses	Qualitativ – Feature Article	wichtig sind „plain language“, Verwendung von Grafiken, Limitation sowie Wiederholung des Inhalts und Verständnisüberprüfung
Pontius, D. J. 2014	Health literacy. Part 2. Practical techniques for getting your message	Aufzeigen von evidenzbasierten Techniken zur Verbesserung der schriftlichen Kommunikation,	Qualitativ – Feature Article	wichtig sind „plain language“, übersichtliches Layout, gute Gliederung, Limitation des In-

	home.	vor allem für School Nurses		halts, Grafiken und die Testung des Materials vor Verwendung
Johnston, R. et al. 2015	Opportunities for Nurses to increase parental health literacy: A discussion paper	Erhebung von Einflussfaktoren auf die Gesundheitskompetenz von Erziehungsberechtigten; Relevanz für die Pflege und Vorschläge zur Steigerung	Qualitativ - Discussion Paper	Gesundheitskompetenz der Erziehungsberechtigten ist für die Pflege relevant, da die Kindergesundheit beeinflusst wird und sie eine Bedeutung für die Entwicklung von Strategien zur Prävention und Schulung hat; Möglichkeiten zur Steigerung sind prä- und postnatalen Unterstützungsangebote wie Beratungen, Kursangebote und Ähnliches; durch Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen ergeben sich neue potentielle Arbeitsfelder
Alqudah, M. et al. 2014	An Innovative Fever Management Education Program for Parents, Caregivers, and Emergency Nurses	Entwicklung eines Fieberschulungsprogramms für Erziehungsberechtigte mit mangelnder und problematischer Gesundheitskompetenz	Literaturreview	wichtig ist die Wahl des richtigen Mediums, „plain language“, Verdeutlichung der Schlüsselaspekte mit Bildern und die Überprüfung des Materials von Experten und Expertinnen vor Verwendung
Monsma, J., Richardson, J. & Sloand, E.	Empowering parents for evidence-based fever management: An integrative review	Identifikation von Einflussfaktoren und Analyse der beweisbasierten Literatur bezüglich Schulungsinterventionen	Integratives Review	Einflussfaktoren sind eigene Ansichten, das Gesundheitspersonal, ethnischen Differenzen, die eigene Gesundheits-

2013				kompetenz und die eigenen Fähigkeiten; Guidelines sind „Pflegepfade“ und Entscheidungshilfen
Alberti, T. L. & Nan-nini, A. 2011	Patient comprehension of discharge instructions from the emergency department: An literature review	Evaluierung des Patientenverständnisses bezüglich des Entlassungsmanagements in der Notaufnahme beziehungsweise Überprüfung der Erhebungsmethoden und Verbesserungsstrategien	Literaturreview	alternativen Methoden waren effektiv, Defizite gibt es bei Standardentlassungsinformationen; meist wird Verständnis nicht erhoben, wäre notwendig
Wood, M. R. et al. 2009	African American Parents'/Guardians' Health Literacy and Self-Efficacy and Their Child's Level of Asthma Control	Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der Gesundheitskompetenz von Erziehungsberechtigten und ihrer wahrgenommenen Selbstwirksamkeit im Bezug auf die Bewältigen der Asthmaerkrankung ihres Kindes	Quantitativ	signifikanter Zusammenhang zwischen der Selbstwirksamkeit der Erziehungsberechtigten und Bewältigung der Asthmaerkrankung des Kindes vorhanden

3 Ergebnisse

Die neun inkludierten Studien setzen sich aus zwei Artikeln (Pontius 2013; Pontius 2014), einem Discussion Paper (Johnston et al. 2015), zwei Literaturreviews (Alqudah et al. 2014; Alberti & Nannini 2011) und einem integrativem Review (Monsma, Richerson & Sloan 2013), sowie aus zwei qualitativen (Jones et al. 2013; Lam, Dawson & Fowler 2015) und einer quantitativen Studie zusammen (Wood et al. 2009).

Im Ergebnisteil werden die Resultate der Studien in folgende Unterkategorien eingeteilt: Beeinflussende Faktoren der Gesundheitskompetenz von Erziehungsberechtigten, Informationsaufbereitung, Informationsverbreitung und Überprüfung des Verständnisses.

3.1 Beeinflussende Faktoren der Gesundheitskompetenz von Erziehungsberechtigten

Wood et al. (2009), African American Parents'/Guardians' Health Literacy and Self-Efficacy and Their Child's Level of Asthma Control

Forschungsziel: Die Studie untersucht den Zusammenhang zwischen dem Level der Gesundheitskompetenz von Erziehungsberechtigten und ihrer wahrgenommenen Selbstwirksamkeit im Bezug auf das Bewältigen der Asthmaerkrankung ihres Kindes (Wood et al. 2009).

Methode: Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein quantitatives Design verwendet. Durch eine Poweranalyse wurde die passende Samplegröße von 196 Teilnehmern und Teilnehmerinnen errechnet. Diese wurden in den Ordinationen von zwei Kinderlungenfachärzten und Kinderlungenfachärztinnen sowie fünf Kinderärzten und Kinderärztinnen rekrutiert. Das Erhebungsinstrument war ein Fragebogen, der demografische Merkmale, das erwartete Resultat und die erwartete Selbstwirksamkeit zur Bewältigung der Asthmaerkrankung ihres Kindes behandelte. Das Instrument wurde von Experten und Expertinnen auf seine Validität getestet. Die forschende Person stellte die Fragen des Fragebogens selbst, um die Validität bezüglich der Leserlichkeit nicht zu gefährden. Die Befragung dauerte 15 – 20 Minuten und wurde in den verschiedenen Ordinationen über einen Zeitraum von acht Monaten durchgeführt (Wood et al. 2009).

Ergebnisse: Es nahmen 99 Prozent der Stichprobe teil. Der Großteil der Erziehungsberechtigten waren Frauen, welche auch in 84,3 Prozent der Fälle die wichtigste Bezugspflegeperson der Kinder waren. Bei knapp der Hälfte der Erziehungsberechtigten wurde ebenfalls Asthma diagnostiziert. Fast 80 Prozent von ihnen waren zwischen 20 und 39 Jahre alt und das jährliche Einkommen betrug bei mehr als 50 Prozent weniger als 24.117 Dollar (Wood et al. 2009).

Die meisten Kinder waren fünf bis acht Jahre alt. Die Hälfte der Kinder besuchte die Ordination drei bis fünf Mal in einem halben Jahr. Die Fehltage in der Schule aufgrund von Asthmasymptomen variierte von null bis zu mehr als fünf Tagen, jedoch versäumt knapp ein Drittel keinen einzigen Tag in der Schule. 57 Prozent der Kinder hatten einen Asthma-Action-Plan als Guideline für die Behandlung des Asthmas. Dreiviertel der Kinder wurden von ihren Ärzten und Ärztinnen zwischen sechs und zehn auf der Likert-Skala bezüglich der Asthmakontrolle eingestuft. 35 Prozent der teilnehmenden Erziehungsberechtigten beantworteten im Fragebogen vier oder mehrere Antworten von sechs korrekt. Mehr als 80 Prozent der Erziehungsberechtigten gaben an, dass sie über auslösende Faktoren, Medikamente, ärztliche Anweisungen, Anleitung ihrer Kinder bezüglich Hilfsmitteln und Abschätzung der Situation bezüglich weiterer Hilfe Bescheid wissen. Es wurde ein signifikanter Zusammenhang ($p = 0,02$) zwischen dem Level der Gesundheitskompetenz und der wahrgenommenen Erwartung der Wirksamkeit bezüglich der Bewältigung der Asthmaerkrankung des Kindes gefunden. Beginnt die Gesundheitskompetenz zu steigen, verbessert sich auch die Erwartung der Wirksamkeit. Durch den Korrelationskoeffizient von Pearson wurde ebenfalls ein signifikanter Zusammenhang ($p = 0,03$) zwischen dem Level der Asthmakontrolle des Kindes und der Erwartung der Wirksamkeit nachgewiesen. Zusammenfassend heißt das, wenn die Gesundheitskompetenz der Erziehungsberechtigten steigt, verbessert sich auch langsam die Erwartung ihrer Wirksamkeit bezüglich des Asthmanagements. Dadurch kommt es zu einer Verbesserung im Bewältigen der Asthmaerkrankung des Kindes (Wood et al. 2009).

In dieser Studie wurde im Gegensatz zu vielen anderen Studien kein direkter Zusammenhang zwischen der Gesundheitskompetenz der Erziehungsberechtigten und dem Level der Asthmakontrolle gefunden. Eine mögliche Erklärung wäre, dass die Pflegepersonen in diesen Ordinationen bei jedem Besuch kontinuierliche Schulungen bezüglich der Asthmaerkrankung mit den Kindern und ihren Erzie-

hungsberechtigten durchführten und sie daher im Umgang mit der Asthmaerkrankung sehr gut geschult waren (Wood et al. 2009).

Lam, Dawson & Fowler (2016), The Health Literacy of Hong Kong Chinese Parents with Preschool Children in Seasonal Influenza Prevention: A Multiple Case Study at Household Level

Forschungsziel: Das Ziel der Studie ist, nützliche Erkenntnisse für die Entwicklung und Verbreitung von gesundheitsfördernden Initiativen bezüglich der Influenzaprävention anzubieten, welche die Bevölkerung ansprechen sollen (Lam, Dawson & Fowler 2016).

Methode: Es wurden multiple Fallstudien durchgeführt, um die Gesundheitskompetenz von Erziehungsberechtigten in Bezug auf die saisonale Influenzaprävention zu untersuchen. Die 20 Partizipantinnen wurden in drei Kindergärten in Hong Kong durch gesendete Briefe und Studieninformationsblätter rekrutiert. Die Datenerhebung fand durch halbstrukturierten Interviews und Feldnotizen der Beobachtungen statt. Offene Fragen zielten auf die praktischen Handlungen in Bezug auf die saisonale Influenzaprävention ab. Mit geschlossenen Fragen wurden die demografischen Daten und das Wissen bezüglich der Influenzaprävention erhoben (Lam, Dawson & Fowler 2016).

Ergebnisse: Die Ergebnisse wurden in vier Themenbereiche unterteilt. Der erste Bereich war „Wissen und Fähigkeiten der Erziehungsberechtigten“. Dieser Themenbereich zeigte, dass die Erziehungsberechtigten ihr Wissen und ihre Fähigkeiten deutlich überschätzen. Die größte Differenz gab es zwischen dem angegebenen Wissen in Bezug auf hygienische Handlungen und ihrer praktischen Ausführung. Erziehungsberechtigte waren beispielsweise nicht in der Lage, alle Schritte des korrekten Händewaschens durchzuführen. Zusätzlich gaben einige Erziehungsberechtigte an, ihre Hände nicht häufig genug und zu selten mit Seife zu waschen. Weiters benützten sie beispielsweise offene Mülltüten zum Entsorgen gebrauchter Taschentücher, wodurch Keime ebenfalls vermehrt verbreitet werden (Lam, Dawson & Fowler 2016).

Der letzte Bereich war „Umwelt für Gesundheitsförderung ermöglichen“. Erziehungsberechtigte kritisierten die inadäquaten Ressourcen, die keine Gesundheitsförderung ermöglichten. Die Erziehungsberechtigten fanden die Ressourcen für

Müllentsorgung und Händehygiene in den Städten sowie öffentlichen Einrichtungen zu gering. Außerdem betonten sie den Bedarf an Informationen vor dem Ausbruch einer Krankheit, zum Beispiel eine staatliche Reklame vor der Influenzaperiode, um sich besser darauf vorbereiten zu können. Zusätzlich wurde kritisiert, dass die Gesundheitsressourcen für den Bedarf von Kindern und älteren Menschen unverhältnismäßig aufgeteilt sind (Lam, Dawson & Fowler 2016).

Die Ergebnisse der zwei weiteren Themenbereiche sind im Kapitel „Informationsverbreitung“ zu finden.

Monsma, Richerson & Sloand (2013), Empowering parents for evidence-based fever management: An integrative review

Forschungsziel: Das Ziel der Studie ist eine Analyse der beweisbasierten Literatur bezüglich Schulungsinterventionen, um Erziehungsberechtigte zu befähigen, Fieber bei Kindern mit beweisbasierten Strategien und weniger Angst zu bewältigen (Monsma, Richerson & Sloand 2013).

Methode: Es wurde ein integratives Review im Zeitraum von September 2011 bis März 2012 zur Beantwortung der Forschungsfrage durchgeführt. Die Suche fand in den Datenbanken PubMed, CINAHL, Embase, Cochrane Review, Web of Science, PsychInfo, Medline Plus und Joanna Briggs Institut statt. Als Schlüsselwörter wurden “fever phobia”; “fever and children and parent”; “health knowledge, health literacy, attitudes and practice”; und “fever, culture, ethnology, social class and education” verwendet. Es wurden internationale Studien eingeschlossen, die in Englisch von 1980 bis 2011 veröffentlicht wurden und in welchen Kinder von drei Monaten bis 18 Jahren inkludiert wurden. Durch die Ausschlusskriterien, die verschiedenen Screenings und das Überprüfen der Qualität mit dem John Hopkins Evidence-Based Appraisal Tool erwiesen sich schlussendlich 18 Studien als passend (Monsma, Richerson & Sloand 2013).

Ergebnisse: Die Resultate des Reviews zeigten, dass es Einflussfaktoren bei der Entwicklung einer effektiven Intervention gibt, um Erziehungsberechtigte zu befähigen, ein febriles Kind zu pflegen. Einflussfaktoren können die Ansichten von Erziehungsberechtigten, die Rolle des Gesundheitspersonals, die ethnischen Differenzen, die Gesundheitskompetenz und die Fähigkeiten der Erziehungsberechtigten sein. Nach der „Theory of Planned Behavior“ von Ajzen (2011) **gibt es weiters**

einen starken Zusammenhang zwischen Ansichten, Einstellungen, sozialen Normen, der wahrgenommenen Selbstbeherrschung von Erziehungsberechtigten und den Entscheidungen bezüglich der Gesundheit. Auch der Einfluss des Gesundheitspersonals auf die Erziehungsberechtigten wurde deutlich nachgewiesen. Ärzte und Ärztinnen sowie das Pflegepersonal sind für Erziehungsberechtigte seit Jahren die Hauptquelle für Informationen bezüglich Fieber. Das Verhalten des Gesundheitspersonals, wenn sie sofort nach Eintreffen der Erziehungsberechtigten mit ihrem febrilen Kind in die Institution nach Maßnahmen fragen, die von Erziehungsberechtigten bereits getroffen wurden oder sie die Erziehungsberechtigten zur Behandlung von Fieber ermutigen, vermittelt den Erziehungsberechtigten, dass sie auf Fieber sofort reagieren müssten. In diesem Zusammenhang wurde aber festgestellt, dass das Wissen des Pflegepersonals oft eher meinungsbasiert als evidenzbasiert ist, wenn sie Erziehungsberechtigte in Bezug auf Fieber beraten. Ein Programm, das dem Pflegepersonal die Relevanz der evidenzbasierten Praxis näherbringen sollte, änderte ihre Einstellungen zugunsten der wissenschaftlichen Beweise (Monsma, Richerson & Sloand 2013).

Auch der kulturelle Hintergrund wurde als Einflussfaktor erhoben. Zwischen afro-amerikanischen, lateinamerikanischen und europäischen Erziehungsberechtigten gab es unterschiedliche Ansichten, ab welcher Temperatur und welchen Symptomen Fieber behandelt werden sollte. Weiters wurde herausgefunden, dass es Differenzen bei Ansichten und praktischen Handlungen zur Fieberreduktion bezüglich der Bildung, des sozioökonomischen Status und der Kultur gibt. Ein niedrigeres Bildungsniveau, vor allem in Kombination mit mangelnder Gesundheitskompetenz, wurde mit einem späteren Beginn der Behandlung von Fieber, erhöhtem Auftreten von Fieberphobie und der möglichen Anwendung von gefährlichen Behandlungsstrategien assoziiert. Die Gesundheitskompetenz spielte auch in Bezug auf das Lesen von Medikamentenetiketten, die richtige Medikamentendosierung und –einnahme und auf das Verstehen von Informationen eine große Rolle. Erziehungsberechtigte wurden in einer Studie gebeten, einen Teelöffel oder fünf Milliliter Paracetamol mit verschiedenen Hilfsmitteln zu messen. Die Gesundheitskompetenz wurde mit dem „Newest Vital Sign Test“ gemessen und korrelierte signifikant mit Dosierungsfehler. In einer anderen Studie war nur ein Drittel der Erziehungsberechtigten in der Lage, die richtige Dosierung für das Gewicht ihrer Kinder richtig auszurechnen. Eine Reduktion der Dosierungs,- und Messfehler bei Medi-

kamenten wurden mit einer farbigen Grafik und einer farbigen Dosierspritze erzielt (Monsma, Richerson & Sloan 2013).

Auch in [Johnston et al. \(2015\)](#) wird über die Einflussfaktoren der Gesundheitskompetenz von Erziehungsberechtigten berichtet. Faktoren wie Kultur, Alter, Sprache, Beruf und Urteilsvermögen beeinflussen diese. Bei Erziehungsberechtigten mit einem hohen Bildungsniveau wird die Gesundheitskompetenz von Pflegepersonen oft überschätzt, wodurch auf die Erziehungsberechtigten weniger gut eingegangen wird. Ein gutes Beispiel wären werdende Eltern mit Universitätsabschluss, die sich aufgrund der neuen Situation trotzdem schlecht im Gesundheitssystem zurechtfinden oder bei der Internetrecherche zu einem bestimmten Thema durch die Vielzahl an Treffern scheitern. Auch die medizinische Terminologie kann für Erziehungsberechtigte eine Barriere darstellen. Wenn Erziehungsberechtigte neues Wissen erlangen, kann die Gesundheitskompetenz gesteigert werden. Es soll jedoch berücksichtigt werden, dass bei Erziehungsberechtigten mit adäquater Gesundheitskompetenz beim Erhalten einer neuen Diagnose ebenfalls Schwierigkeiten aufgrund der neuen Informationslage auftreten können. Auf diese Erkenntnis muss zum Schutz des Kindes geachtet werden, da verschiedene Forschungsergebnisse einen Effekt der mangelnden Gesundheitskompetenz auf die Kindergesundheit nachgewiesen haben. Durch mangelnde Gesundheitskompetenz kann eine reduzierte oder unpassende Inanspruchnahme der Einrichtungen des Gesundheitssystems verursacht werden. Die Erziehungsberechtigten können mit Schwierigkeiten beim Wahrnehmen von Zuweisungen oder beim Verfolgen von Behandlungsplänen konfrontiert sein. Weiters werden Kinder seltener gestillt und haben häufig einen erhöhten Bedarf an Medikamenten bei Asthmaerkrankungen. Weiters gibt es auch vermehrt Probleme beim Handling der Medikation, wie die unpassende Verabreichung oder die falsche Dosierung der Medikamente, da Erziehungsberechtigte Schwierigkeiten beim Berechnen der Dosierung haben.

3.2 Informationsaufbereitung

Pontius (2013), Health Literacy Part 1: Practical Techniques for Getting Your Message Home

Forschungsziel: Der erste Teil der Feature Article-Reihe beschreibt evidenzbasierte Techniken, um die verbale Kommunikation, vor allem für School Nurses zu verbessern, um dadurch die Gesundheitskompetenz von Erziehungsberechtigten zu erhöhen (Pontius 2013).

Ergebnisse: Für School Nurses wäre es wichtig, über die Gesundheitskompetenz von Erziehungsberechtigten bei einem Gespräch Bescheid zu wissen, um auf die Erziehungsberechtigten adäquat eingehen zu können. Aufgrund des zeitlichen Engpasses ist es aber nicht möglich, die Gesundheitskompetenz mit Assessmentinstrumente wie Wide Range Achievement Test, Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine, The Newest Vital Sign oder Test of Functional Health literacy in Adults zu erheben. Daher sollte die School Nurse evidenzbasierte Hilfsmittel zur Verbesserung der Kommunikation anwenden (Pontius 2013).

Eines dieser Hilfsmittel ist das „Health Literacy Universal Precautions Toolkit“ der Agency for Healthcare Research and Quality. Das Ziel dieses Hilfsmittels ist die Verminderung der Komplexität des Gesundheitssystems und die Verbesserung des Patientenverständnisses bezüglich der Gesundheitsinformationen, wodurch Patienten und Patientinnen mit unterschiedlicher Gesundheitskompetenz unterstützt werden können. Zu diesem Zweck vermittelt das Hilfsmittel wichtige Informationen für die mündliche und schriftliche Kommunikation, sowie dem Selbstmanagement und Empowerment (AHRQ 2016b).

Durch das vereinfachte Material können Personen mit unterschiedlicher Gesundheitskompetenz erreicht werden. Einerseits werden die Informationen von Erziehungsberechtigten mit mangelnder Gesundheitskompetenz besser oder überhaupt erst verstanden und andererseits sind sie für Erziehungsberechtigte mit höherer Gesundheitskompetenz bequemer zu lesen. Die Techniken für eine verbesserte Kommunikation sind sehr einfach und fast jeder hat sie in seinem Repertoire, dennoch kann die Anwendung im stressigen Alltag untergehen. Im Health Literacy Universal Precautions Toolkit wird empfohlen, dass bei Gesprächen für eine angenehme Atmosphäre gesorgt werden sollte. School Nurses sollen sich mit dem Gesprächspartner hinsetzen und auf gleicher Ebene kommunizieren. Dem Ge-

sprachspartner wird volle Aufmerksamkeit geschenkt und seine Körpersprache wird beobachtet. Zusätzlich ist es wichtig, den Gesprächspartner nicht zu unterbrechen und sich langsam und klar auszudrücken. Die Limitation des Inhalts spielt eine große Rolle. Meist sind Erziehungsberechtigte im Stress und können sich nicht alles merken, was ihnen gesagt wird. Der Inhalt soll daher auf das Wichtigste, also auf drei bis fünf wichtige Punkte, reduziert und im Laufe des Gesprächs drei Mal unterschiedlich wiederholt werden. Es soll „plain language“ verwendet werden, das heißt, die Sprache soll sehr einfach, unkompliziert und so gut es geht an die Alltagssprache angenähert sein. Auch die Wortwahl soll angepasst werden. Wörter wie „normal“ oder „passend“ sowie die Fachsprache sollen vermieden werden, da es zu Verwirrung oder Unverständnis kommen kann. Statt „normale Flüssigkeitszufuhr“ würde die School Nurse die Anzahl an Gläsern oder Liter angeben und statt „vermeiden von Proteinen“ wäre die Aufzählung der zu vermeidenden Lebensmittel besser verständlich. Auch Grafiken, Bilder, Illustrationen, Fotos oder auch 3D-Modelle können verwendet werden, um die Erklärungen zu veranschaulichen und das Wichtigste bildlich zu unterstreichen (Pontius 2013).

Pontius (2014), Health Literacy Part 2: Practical Techniques for Getting Your Message Home

Forschungsziel: Im zweiten Teil der Feature Article-Reihe werden evidenzbasierte Techniken beschrieben, um die schriftliche Kommunikation, vor allem für School Nurses zu verbessern, um dadurch die Gesundheitskompetenz der Erziehungsberechtigten zu steigern (Pontius 2014).

Ergebnisse: Den Erziehungsberechtigten mit mangelnder Gesundheitskompetenz ist es oft nicht möglich, schriftliche Informationen aufgrund des Schwierigkeitsgrads zu verstehen. Um diese Problematik zu vermeiden, müssen schriftliche Informationen einfach und gut lesbar gestaltet werden. Auch für Erziehungsberechtigte mit höherer Gesundheitskompetenz sind einfache Informationen aus zeitlichen Gründen ebenfalls ein Gewinn. Um eine verständliche, schriftliche Information zu gestalten, müssen einige wichtige Punkte beachtet werden (Pontius 2014). Wichtig ist, dass Erziehungsberechtigte sofort erkennen, warum Informationen für sie und ihre Kinder wichtig sind. Der Inhalt muss für alle Leser und Leserinnen relevant sein, daher soll Rücksicht auf das Alter, das Geschlecht und die Kultur

genommen werden. Informationsblätter sollen in verschiedene Sprachen übersetzt werden und Formulierungen oder Symbole müssen für alle Leser und Leserinnen verständlich sein. Diese Informationen gelten ebenfalls für die Gestaltung einer Webseite. Die gewählte Sprache soll ebenfalls wie bei der verbalen Kommunikation einfach und unkompliziert beziehungsweise der Alltagssprache sehr ähnlich sein, das heißt, es soll „plain language“ verwendet werden und Fachsprache sowie unkonkrete Formulierungen sollen vermieden werden. Bei Instruktionen soll die aktive Stimme verwendet werden, da die passive Stimme mehr Wörter enthält und die Sinnerfassung dadurch erschwert ist. Überschriften, Gliederungen und Aufzählungen sind wichtig für die Übersichtlichkeit. Die Informationen werden in kleinere Portionen eingeteilt und sind dadurch einfacher verständlich. Die Wortanzahl pro Satz solle 15 – 20 Wörter nicht überschreiten und wichtige Wörter sollen fett formatiert werden (Pontius 2014).

Informationen sollten maximal auf Höhe der sechsten, beziehungsweise achten Schulstufe verfasst werden, um die Verständlichkeit auch für Erziehungsberechtigte mit mangelnder Gesundheitskompetenz zu gewährleisten. Es gibt sehr viele Programme, mit denen es möglich ist, diesen Level zu evaluieren, wie zum Beispiel den „simplified measure of gobbledygook“ –Test (SMOG-Test). Es gibt auch andere Programme, die die Silbenlänge, die Satzlänge oder die Verwendung der passiven Stimme evaluieren. Das Design des Dokuments soll übersichtlich gestaltet und einseitig sein. Das Dokument soll Grafiken enthalten, um damit wichtige Informationen zu ergänzen und den Text zu reduzieren. Es können dabei Tabellen, Abbildungen, Fotos und Ähnliches verwendet werden. Das Dokument soll mittels Checklisten oder durch fachliche Experten und Expertinnen getestet werden (Pontius 2014).

Alqudah et al. (2014), An Innovative Fever Management Education Program for Parents, Caregivers, and Emergency Nurses

Forschungsziel: Das Ziel der Studie ist, die Entwicklung eines Schulungsprogramms in Hinblick auf Fieber genau zu beschreiben, das speziell für Erziehungsberechtigte mit mangelnder und problematischer Gesundheitskompetenz genützt werden kann (Alqudah et al. 2014).

Methode: Zur Beantwortung dieser Forschungsfrage wurde ein Literaturreview durchgeführt. Verwendet wurden die Datenbanken Cochrane Library, Google Scholar, MEDLINE, OVID, Science Direct, und Scopus. Die Schlüsselwörter waren “child”, “education”, “fever”, “health literacy” und “emergency nursing”. Das Review wurde in zwei Etappen durchgeführt. Die erste war die Suche nach Gesundheitskompetenz und Forschung bezüglich Schulungsprogramme für Menschen mit mangelnder funktionaler Gesundheitskompetenz. Die zweite Etappe war die Suche nach Forschung zu Fieber und Kinderfieber und evidenzbasierter Praxis (Alqudah et al. 2014).

Ergebnisse: Bei der Entwicklung eines Schulungsprogramms ist die Präsentation der Informationen sehr wichtig, vor allem bei einem Programm für Erziehungsrechtigte mit mangelnder Gesundheitskompetenz. Neben der genauen Definition des Informationsumfangs ist die Auswahl des Verbreitungsmediums wichtig. In dieser Studie wurden eine DVD in Kombination mit einer Broschüre als Verbreitungsmedien bestimmt (Alqudah et al. 2014). Weitere Informationen gibt es dazu im Kapitel der Informationsverbreitung.

Bei beiden Medien wurde die aktive Stimme und „plain language“ verwendet. Vermieden wurden die Fachsprache, Abkürzungen, Wörter mit vielen Silben und komplizierte Statistiken. Um das Dokument einladend zu gestalten, wurden komplizierte Schriftarten und zu lange Sätze vermieden und genügend Absätze und Abstände gelassen. Einfache Symbole und Bilder wurden in der DVD und der Broschüre verwendet, um die Benutzerfreundlichkeit der Medien zu erhöhen. Zum Überprüfen des Schwierigkeitsgrades wurde der SMOG-Test ausgewählt, da er am häufigsten empfohlen und verwendet wurde. Nach dem Vorbereiten und Testen des Materials wurde das Programm von interdisziplinären Experten und Expertinnen überprüft. Durch das Befolgen dieser einfachen Regeln kann die Benutzerfreundlichkeit von schriftlichem Material deutlich verbessert werden (Alqudah et al. 2014).

Jones et al. (2013), Information needs of parents for acute childhood illness: determining “what, how, where and when” of safety netting using a qualitative exploration with parents and clinicians

Forschungsziel: Das Ziel der Studie ist, die Sichtweisen von Erziehungsberechtigten und Klinikangestellten bezüglich des optimalen Inhalts, der Qualitätskriterien,

des Formats und der Verteilung der Informationen eines „safety netting“-Programms zu erheben (Jones et al. 2013).

Methode: Zur Beantwortung des Forschungsziels wurde eine exploratory approach durchgeführt. Die Stichprobe wurde durch E-Mails oder persönlich mittels maximum variation sampling rekrutiert und bestand aus 27 Erziehungsberechtigten und zehn Ärzten und Ärztinnen beziehungsweise sechs Pflegepersonen. Die halbstrukturierte Fokusgruppen und Interviews wurden von zwei Forscherinnen von Mai bis Dezember 2012 durchgeführt (Jones et al. 2013).

Ergebnisse: „Safety netting“ unterstützt Erziehungsberechtigte, wenn sie aufgrund einer Verschlechterung des Krankheitszustandes ihres Kindes Hilfe brauchen. Sie bekommen Informationen, wann und wo sie im Akutfall Hilfe finden. Das Programm ist sinnvoll, da es für Ärzte und Ärztinnen schwierig ist, zu Beginn einer Erkrankung zwischen einer gewöhnlichen akuten Erkrankung und einer ernstesten Erkrankung zu unterscheiden (Silverston 2014).

Der erste von drei Themenbereichen war der Inhalt des „safety-netting“-Programms. Die Erziehungsberechtigten und das Gesundheitspersonal waren sich einig, dass zwei verschiedene Arten von Informationen angeboten werden sollten. Es ist ein Bedarf an grundlegenden Informationen und diagnose- beziehungsweise erkrankungsspezifische Informationen vorhanden. Den Erziehungsbe-rechtigten waren Informationen zu Symptomen der häufigsten und ernstesten Erkrankungen wichtig und wo sie weitere Hilfe bekommen, beziehungsweise, wann sie welche brauchen würden. Außerdem gab es einen Bedarf an Informationen zu Ursachen, Management und Verlauf von Erkrankungen (Jones et al. 2013).

Die Anforderungen in Hinblick auf Qualitätskriterien für „safety netting“ war der zweite Themenbereich. Sie waren in beiden Gruppen sehr ähnlich. Neben der Anwendung der „plain language“ sollten die Informationen allgemein und mehrsprachig sein. Sie sollten außerdem symptombezogen sein, da die Erziehungsbe-rechtigten nicht immer sofort einordnen könnten, welche Erkrankung ihr Kind hat. Schriftliche Information und Internetinformationen sollten einfach und leicht zugänglich sein. Weiters waren auch die Verlässlichkeit, Aktualität und die Einheitlichkeit der Informationen als Qualitätskriterien definiert. Bilder, Symbole und Farben sollten zur vereinfachten Präsentation der Informationen genützt werden, da sie das Verständnis für schlechte Leser und Leserinnen erleichtern (Jones et al. 2013).

Der dritte Themenbereich bezieht sich auf das Format und die Verbreitung, daher ist dieser Teil in der Kategorie Informationsverbreitung zu finden.

3.3 Informationsverbreitung

Alberti & Nannini (2011), Patient comprehension of discharge instructions from the emergency departments: A literature review

Forschungsziel: Das Ziel der Studie ist eine Evaluierung des Patientenverständnisses bezüglich des Entlassungsmanagements der Notaufnahme. Das Review erhebt Interventionen um Entlassungsinformationen zu verbreiten, untersucht Methoden, um das Patientenverständnis zu erheben und identifiziert die effektivsten Strategien, um das Verständnis sicher zu stellen (Alberti & Nannini 2011).

Methode: Es wurde ein Literaturreview von Jänner 1995 bis Mai 2010 durchgeführt um die Forschungsfrage zu beantworten. Es wurden die Datenbanken CINAHL, Health Reference Center Academic, Medline, Ovid und Cochrane zur Suche verwendet. Die Schlüsselwörter waren „comprehension“, „patient understanding“, „discharge instructions“, „emergency“, „emergency medicine“, „UC“ und „NP“. Einschlusskriterien waren originale Volltexte von Studien, die in Englisch verfasst und zwischen Jänner 1995 und Mai 2010 veröffentlicht wurden. Nach den verschiedenen Screenings wurden 21 Artikel als relevant identifiziert (Alberti & Nannini 2011).

Ergebnisse: Durchgeführte Interventionen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz waren handgeschriebene Materialien, Anleitung durch Gespräche kombiniert mit schriftlichen Informationen, diagnosespezifische Informationen, Broschüren und Multimethoden wie Videos, Cartoons und Mobiltelefonvideos. Als effektive Schulungsinterventionen wurden allen alternativen Interventionen wie beispielsweise Interventionen mit Anwendung der „plain language“ und Multimethoden identifiziert. Defizite des Verständnisses wurden bei Standardentlassungsinformationen in Gesprächen und in schriftlicher Form nachgewiesen, bei denen beispielsweise keine „plain language“ angewendet wurde (Alberti & Nannini 2011).

Monsma, Richerson & Sloand (2013) beschäftigten sich ebenfalls mit der Informationsverbreitung. Zum einen wurde versucht, das Wissen und die Einstellungen

von Erziehungsberechtigten durch eine Schulung zu verbessern. Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen wurden in zwei Gruppen aufgeteilt. Beide Gruppen bekamen eine evidenzbasierte Broschüre zum Thema Fiebermanagement und ein Video. Die erste Gruppe nahm das Material mit nach Hause, die zweite Gruppe sah das Video während des Besuchs beim Gesundheitspersonal an und diskutierte es mit diesem. Nach sechs Wochen wurde ein Evaluierungsfragebogen ausgefüllt. Das Ergebnis zeigte eine Verbesserung des Bewusstseins bei beiden Gruppen, wohingegen nur die zweite Gruppe über mehr Wissen zum Thema verfügte. Weiters wurde ein Vergleich der Effektivität zwischen einem interaktiven Fieberprogramm und einer schriftlichen Information durchgeführt. Die Ängste der Erziehungsberechtigten konnten durch beide Formate gleich gut reduziert werden, jedoch konnten die Autoren und Autorinnen zusammen mit den Erziehungsberechtigten das interaktive Programm vor Ort evaluieren. Auch das Ergebnis einer kurzen mündlichen Theorieeinheit von Kinderärzten und Kinderärztinnen, welche durch eine anschließende Besprechung und bildhafter, beziehungsweise schriftlicher Informationen untermauert wurde, hatte positive Effekte auf eine nachstehende Überprüfung. 96 Prozent der Erziehungsberechtigten beantworteten die Fragen zu nicht-medikamentösem Management von febrilen Kindern korrekt. Das Verbreitungsmedium in Form eines vorausschauenden Anleitungsinstruments, das Erziehungsberechtigten beim Management der Fiebersymptome ihrer Kinder unterstützen sollte, wurde von Erziehungsberechtigten ebenfalls als hilfreich eingestuft. Die Erziehungsberechtigten empfanden das Instrument als Unterstützung in Hinblick auf die Entscheidung, ob das Kind zu Hause gepflegt werden könnte oder es ärztliche Hilfe bräuchte. Eine Inhaltsanalyse von zehn Handouts zu Fiebermanagement aus dem Internet zeigte, dass fast 40 Prozent des Inhalts auf Basis der neunten Schulstufe verfasst wurde und somit nicht hilfreich für Erziehungsberechtigte mit mangelnder Gesundheitskompetenz gewesen wäre.

Guidelines von Institutionen wie der „American Academy of Pediatrics (AAP)“ oder des „National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)“ geben eine Hilfestellung für den Inhalt von evidenzbasierten Fiebermanagementprogrammen. Sie erstellen „Pflegepfade“ und sind Instrumente zur Entscheidungshilfe. Für Erziehungsberechtigte sind Guidelines unter anderem hilfreich, um das Krankheitsstadium des Kindes einzuschätzen.

Alqudah et al. (2014) fanden in ihrer Studie zur Entwicklung eines Schulungsprogramms für Fieber heraus, dass es verschiedene Methoden zur Schulung für verschiedene Levels von Gesundheitskompetenz gibt. Die Informationen können mündlich in Form von Vorträgen, Kursen, durch Interaktion zwischen den Erziehungsberechtigten ausgetauscht werden oder als schriftliche Information beziehungsweise durch Multimediatechniken verbreitet werden. Multimethoden inkludieren visuelle Formen, Tonbandaufnahmen, Videos oder interaktive Computerprogramme. In der Studie wurde ein achtminütiges Video in Kombination mit einer doppelseitigen, farbigen Broschüre getestet. Die Vorteile des Videos waren, dass die Erziehungsberechtigten dieses mit nach Hause nehmen konnten, um es in einem stressfreien Umfeld anzusehen und dass sie dieses mit Nachbarn, Freunden oder der Familie teilen konnten. Speziell für Erziehungsberechtigte mit mangelnder Gesundheitskompetenz beziehungsweise mit mangelhaften Englischkenntnissen ist diese Form vorteilhaft, da sie die Instruktionen nicht nur hören, sondern auch sehen konnten (Alqudah et al. 2014).

Durch die schriftliche Information konnten die audiovisuellen Instruktionen wieder schnell in Erinnerung gerufen werden und die Flexibilität der Informationen konnte gewährleistet werden (Alqudah et al. 2014).

Jones et al. (2014) beschäftigten sich mit der Gestaltung eines „safety netting“-Programms. Teilgenommen haben Erziehungsberechtigte und Klinikangestellte, darunter Ärzte und Ärztinnen sowie das Pflegepersonal. Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen wünschten sich verschiedene Medien für die Verbreitung von Informationen (Jones et al. 2014).

Die Interviews zeigten, dass in Beratungen verbale Informationen in Bezug auf die Kindergesundheit bevorzugt werden, aber vor allem auch schriftliche Informationen verwendet werden können, da beispielsweise die Untersuchung von Kindern für Erziehungsberechtigte eine Stresssituation darstellen kann und sie daher nicht alle Informationen aufnehmen können. Wenn Erziehungsberechtigte zusätzlich zum Gespräch schriftlich Informationen für zu Hause bekommen würden, könnten sie sich die vergessenen Informationen in Erinnerung rufen. Eine andere Möglichkeit wäre, die Erziehungsberechtigten zu Beratungen bei Community Child Nurses zu verweisen. Diese könnten spezifischere Informationen passend zum Wohnort geben. Für Basisinformationen werden Vorträge oder Gruppensituationen in Ko-

operation mit dem Pflegepersonal vorgeschlagen, da neben dem Input der Community Child Nurses beispielsweise auch der Austausch zwischen Erziehungsberechtigten stattfinden kann. Weiters könnten Informationen auch durch Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen, School Nurses oder Lehrer und Lehrerinnen verbreitet werden. Für werdende Eltern wurde ein schriftliches Schulungspaket empfohlen. Einige Teilnehmer und Teilnehmerinnen waren der Meinung, dass Informationen durch kleine Bücher, Karten oder kleine Quiz verteilt werden sollten, wieder andere fanden diese Möglichkeiten weniger effektiv. Die Verteilung der Informationen über digitale Medien wie Internet, Mobiltelefone, DVD, TV-Programme oder Kurzfilme in Warteräumen wurde von Erziehungsberechtigten stark befürwortet. Bei beiden Gruppen der Befragten ist der Wunsch nach einer zentralisierten Webseite, die auch vom nationalen Gesundheitssystem unterstützt wird, groß. Das Gesundheitspersonal könnte diese Informationsquelle nach Beratungen empfehlen und die Erziehungsberechtigten hätten dadurch einen Zugriff auf zuverlässige und aktuelle Informationen. Auch eine mobiltelefonbasierte Quelle wie eine Applikation wäre hilfreich und wird von beiden Gruppen stark befürwortet. Der Vorteil von internetbasierten Informationen ist die vereinfachte Darstellung von Symptomen und Informationen durch kurze Videoclips, welche verbal erklärt sehr kompliziert wären. Durch diese Option könnten auch Geräusche wie die verschiedenen Hustenarten oder Bilder von Hautausschlägen auf der Webseite gezeigt werden. Audiovisuelles Material fand bei allen Befragten Anklang, da es auch für Erziehungsberechtigte mit mangelnder Gesundheitskompetenz verständlich ist. Beide Gruppen waren sich jedoch einig, dass eine persönliche Beratung, vor allem für akut besorgte Erziehungsberechtigte, nicht ersetzbar ist (Jones et al. 2014).

Johnston et al. (2015), Opportunities for Nurses to increase parental Health literacy: A Discussion Paper

Forschungsziel: Ziel dieses Discussion Papers ist es, aufzuzeigen, wie Erziehungsberechtigte bei der Suche nach Hilfe in Kindergesundheitsfragen von ihrer Gesundheitskompetenz beeinflusst werden. Außerdem wird die Relevanz von Gesundheitskompetenz für die Pflege aufgezeigt und Vorschläge zur Steigerung von Gesundheitskompetenz getätigt (Johnston et al. 2015).

Ergebnisse: Die Gesundheitskompetenz von Erziehungsberechtigten ist für das Pflegepersonal, das mit Kindern, beziehungsweise deren Familien arbeitet, sehr relevant. Der Fokus ist zwar auf das Kind gerichtet, jedoch treffen die Erziehungsberechtigten die Entscheidungen bezüglich der Gesundheit des Kindes. Die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Kinder und Familien ist der Kernpunkt für das Gesundheitsservice, daher ist die Gesundheitskompetenz ein sehr relevanter Aspekt. Vor allem hat sie auch eine große Bedeutung bei der Entwicklung von Strategien zur Schulung und bei präventiven Gesundheitsprogrammen (Johnston et al. 2015).

In diesem Discussion Paper wurde zum Aufzeigen von potentiellen Möglichkeiten zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz durch Pflegende vorgeschlagen, Gesundenuntersuchungen für Kinder, Entwicklungsscreenings und -beobachtungen, Unterstützung für frischgebackene Eltern, umfassende psychosoziale Untersuchungen und Schulungsmöglichkeiten anzubieten, wie es beispielsweise in sogenannten "Child and Family Health Service" in New South Wales in Australien durchgeführt wird. Weitere potentielle Möglichkeiten, die Gesundheitskompetenz der Erziehungsberechtigten bezogen auf das Wissen und die Fähigkeiten in Hinblick auf die Kindergesundheit zu steigern, wären pränatalen Kurse, orientiert am Beispiel von Geburtsvorbereitungskursen durch Hebammen, um den Erziehungsberechtigten Informationen über die erste Zeit nach der Geburt bezüglich verschiedener Themen des Säuglingsverhaltens zur Verfügung zu stellen. In der postnatalen Phase könnten die Pflegepersonen mit einer beratenden Funktion ansetzen, indem sie mit den Erziehungsberechtigten Ziele in Hinblick auf die Kindergesundheit entwickelt. In Angeboten von Pflegepersonen wie Beratungen oder Gruppenaktivitäten wie geführten Kursen könnten theoretische und praktische Inhalte durch die Pflegeperson vermittelt werden und dadurch das Wissen und die Gesundheitskompetenz der teilnehmenden Erziehungsberechtigten gesteigert werden (Johnston et al. 2015).

In diesem Discussion Paper ergeben sich viele potentielle Möglichkeiten für die Berufsgruppe der Pflegenden. Sie hat durch die enge Interaktion mit den Familien eine einzigartige Position, die Gesundheitskompetenz der ganzen Familie zu beeinflussen. Durch die Kooperation mit anderen Berufsgruppen wie Hebammen oder Sozialarbeitern und Sozialarbeiterinnen ergeben sich viele zusätzliche Möglichkeiten, um die Gesundheitskompetenz zu unterstützen und zu beeinflussen.

Daher ist es für die Berufsgruppe der Pflegenden sehr wichtig, ihre gute Position zu nützen und zu hinterfragen, welche Möglichkeiten es in der Praxis gibt, beziehungsweise, wie diese genutzt werden können, um die Gesundheitskompetenz zu steigern (Johnston et al. 2015).

Auch **Lam, Dawson & Fowler (2016)** fanden in ihrer Studie zur Influenzaprävention auf Ergebnisse zum Thema Informationsverbreitung.

Der zweite Themenbereich im Ergebnisteil war „Wissen der Erziehungsberechtigten in Bezug auf Informationssuche und -austausch“. Die drei häufigsten Informationsquellen waren die soziale Gemeinschaft und Mitteilungen des öffentlichen Services beziehungsweise der sogenannten „community contact points“. Die soziale Gemeinschaft inkludierte Familien- und Gemeindemitglieder, soziale Medien, Internet und TV. Der Austausch erfolgte persönlich, über das Telefon, durch Gruppenversammlungen oder Besuche in Kliniken und durch das Versenden von Nachrichten, wodurch sie schnell und kostenfrei an Informationen kamen. Mit dem öffentlichen Service waren Quellen wie Lehrer und Lehrerinnen, Gesundheitspersonal oder staatliche Interventionen gemeint. Erziehungsberechtigte berichteten auch über eine Verbesserung der gesundheitsfördernden praktischen Handlungen durch staatliche TV-Werbungen. Mit den „community contact points“ meinten die Erziehungsberechtigten die Dienste der Pflege. Sie beschrieben, dass die Pflegepersonen eine gute Quelle für die Verbreitung von Informationen in Bezug auf das Wissen und die Fähigkeiten der Erziehungsberechtigten bezüglich der Influenzaprävention wären. Außerdem sollte dieser Service auch Gesundheitsberatung beinhalten, da auf diesem Weg auch weitere Anliegen in Bezug auf Gesundheitsthemen besprochen und Unklarheiten oder Fehleinschätzungen reduziert werden könnten (Lam, Dawson & Fowler 2016).

Der nächste Themenbereich war „Methoden der Erziehungsberechtigten um Gesundheitsinformationen zu erlangen“. Das Interview ergab, dass Erziehungsberechtigte unterschiedliche Quellen für den Zugang zu Gesundheitsinformationen nutzten. Am häufigsten wurden das Onlinevideoportal „YouTube“, staatliche Webseiten und die kommerzielle Werbung verwendet. Die Erziehungsberechtigten zeigten keine Absicht, die Verlässlichkeit und Qualität der Informationen zu überprüfen. Die Einstellung zum Wahrheitsgehalt der kommerziellen Werbung war unterschiedlich. Sehr kritisch hinterfragten die Erziehungsberechtigten jedoch die

Auswirkung eines Produkts auf das Wohl des Kindes (Lam, Dawson & Fowler 2016).

3.4 Überprüfung des Verständnisses

Alberti und Nannini (2011) berichteten in ihrem Literaturreview über die Erhebung des Patientenverständnisses in der Notaufnahme. Zur Erhebung wurden ein Entlassungsinterview und ein Quiz mit spezifischen Entlassungsinformationen am häufigsten verwendet. Die Interviewfragen, welche die Patienten und Patientinnen anhand ihrer Notizen beantworten sollten, waren meist offene Fragen. Das Quiz behandelte Fragestellungen zu spezifischen Symptomen und Anweisungen für das Selbstmanagement. Weiters wurde die Wissenserweiterung überprüft, jedoch nur in Bezug auf Medikamente. Wenig ist über die eigene Wahrnehmung der Patienten und Patientinnen bezüglich ihres Verständnisses bekannt. Auch die Analyse von Tonaufnahmen, bei denen Gespräche zwischen dem Patienten oder der Patientin und dem Gesundheitspersonal aufgenommen wurden, ergab negative Resultate. Nur 16 Prozent des Personals fragte die Patienten und Patientinnen, ob es Unklarheiten gäbe. Kein Einziger verwendete die richtige Fragestellung und formulierte eine offene Frage zur Evaluation des Verständnisses.

Der erste Feature Article von Pontius (2013) gibt Auskunft über eine Umfrage der National Association of School Nurses im Jahr 2011, in der 167 School Nurses gefragt wurden, ob sie evidenzbasierte Techniken im Zusammenhang mit Gesundheitskompetenz verwendeten. Das Ergebnis zeigte, dass 83 Prozent der School Nurses weder das Toolkit, noch die "Teach-Back-Methode" oder „Ask Me 3“ als evidenzbasierte Techniken anwandten (NASN 2011).

Die Überprüfung des Verständnisses ist deshalb wichtig, um das sofortige Vergessen von wichtigen Informationen zu vermeiden und die wichtigen Informationen zu festigen. Außerdem wird dabei überprüft, ob es noch offene Fragen gibt, die geklärt werden sollten (Pontius 2013).

Die erste Methode, um die Erinnerung zu fördern, ist das Konzept „Chunk and Check“. Dabei werden die Informationen nicht alle auf einmal gegeben, sondern es wird nach jeder wichtigen Information gestoppt, um das Verständnis zu überprüfen. Die Rückfrage bezüglich Unklarheiten wird nicht mit einer geschlossenen,

sondern mit einer offenen Frage erhoben, das heißt, anstatt zu fragen ob alles verstanden wurde, wird gefragt, welche Unklarheiten es noch gibt. Eine weitere Möglichkeit, um Erziehungsberechtigte zu ermutigen, ihre Fragen zu stellen, ist, ihnen zu erzählen, was andere Erziehungsberechtigte in vergangenen Gesprächssituationen noch wissen wollten. Bei der Verständnisüberprüfung muss sichergestellt werden, dass die Fragen nicht auf bedrohende oder beschämende Weise gestellt werden, um keine negativen Gefühle auszulösen (Pontius 2013).

Die Methode "Ask Me 3" ist ein Schulungsprogramm, das die Kommunikation zwischen dem Gesundheitspersonal und Patienten und Patientinnen verbessern soll. Sie unterstützt Patienten und Patientinnen mit drei Fragen, die sie beantworten können sollten. Diese lauten: „Was ist mein Hauptproblem?“, „Was muss ich wissen?“ und „Warum ist es für mich wichtig, das zu tun?“. Diese Methode ist optimal, um Patienten und Patientinnen zu involvieren und gleichzeitig das Verständnis zu überprüfen (Pontius 2013).

Auch [Johnston et al. \(2015\)](#) zeigten, dass Erziehungsberechtigte nach einer Beratung nicht immer alle Informationen behalten und nicht alle Broschüren, Informationsblätter oder Formulare sowie den Prozess von Überweisungen verstehen, daher soll anschließend ebenfalls das Verständnis überprüft werden. Geschlossene Fragen sollen vom Gesundheitspersonal vermieden werden. Besser wäre es die „Teach-Back-Methode“ zu verwenden und Erziehungsberechtigten zu bitten, sich zu erinnern, was besprochen oder bezüglich des verabredeten Plans vereinbart wurde. Weiters wird empfohlen, mit dieser Methode Informationen bezüglich der Medikation zu wiederholen.

4 Diskussion

Das Ziel dieser Arbeit ist, die Möglichkeiten von Pflegekräften zur positiven Einflussnahme auf die Gesundheitskompetenz von Erziehungsberechtigten anhand eines Literaturreviews aufzuzeigen.

Als Einflussfaktoren der Gesundheitskompetenz von Erziehungsberechtigten wurden viele verschiedene Faktoren identifiziert. Faktoren wie Alter, sozioökonomischer Status, Beruf, Bildung, eigene Ansichten, Urteilsvermögen, die Gesundheitskompetenz und die Fähigkeiten von Erziehungsberechtigten spielen neben dem Gesundheitspersonal, den ethnischen Differenzen und der Sprache eine große Rolle (Johnston et al. 2015; Monsma, Richerson & Sloan 2013; Lam, Dawson & Fowler 2016). Auch die Wahrnehmung der Erziehungsberechtigten bezüglich ihrer Fähigkeiten oder ihres Selbstbewusstseins wurden als Faktoren identifiziert. In zwei inkludierten Studien könnten die eigene Wahrnehmung und das Selbstbewusstsein durch die Kooperation mit Pflegepersonen einerseits durch die laufende Schulung zur verbesserten Bewältigung der Asthmaerkrankung des Kindes und andererseits durch das Erlernen von elterlichen Fähigkeiten positiv beeinflusst worden sein (Wood et al. 2009; Johnston et al. 2015).

In den Ergebnissen wurde festgestellt, dass die Gesundheitskompetenz von Erziehungsberechtigten durch das Pflegepersonal, aber auch durch die Erziehungsberechtigten selbst, häufig fälschlich besser eingeschätzt wird, als sie tatsächlich ist. Besonders häufig sind Erziehungsberechtigte mit hohem Bildungsstand betroffen (Lam, Dawson & Fowler 2016; Johnston et al. 2015). Aus diesem Grund wird in vielen Studien das Erheben der Gesundheitskompetenz mit verschiedenen Instrumenten empfohlen, wodurch das Problem gelöst werden könnte (Pontius 2013; Johnston et al. 2015). Zur Erhebung der Gesundheitskompetenz mithilfe von Instrumenten fehlen im Alltag jedoch häufig die zeitlichen Ressourcen, daher würde sich die einheitliche Aufbereitung der Informationen mit dem Konzept der „plain language“ anbieten (Pontius 2013).

„Plain language“ bedeutet, die Formulierung von Informationen so einfach und klar wie möglich zu gestalten, damit die Informationen beim ersten Leseversuch verstanden werden können. Das Konzept der „plain language“ ist das Kernelement jeder Kommunikation. In fast allen Studien wurde die Bedeutung der einfachen

und klaren Sprache, also der „plain language“ dargelegt, die an die Alltagssprache angenähert sein soll (Pontius 2013; Pontius 2014; Alqudah et al. 2014; Jones et al. 2013; Johnston et al. 2015). Weiters wurde das Vermeiden der Fachsprache und der unkonkreten Formulierungen, die Limitierung und Wiederholung des Inhalts und die übersichtliche Gestaltung von schriftlichem Material oder Webseiten sehr häufig empfohlen (Pontius 2013; Pontius 2014; Alqudah et al. 2014). Die Kombination aus Text und Grafiken, Bildern oder Symbolen erhöht die Benutzerfreundlichkeit, unterstreicht den Text und ist ebenfalls vorteilhaft für schlechte Leser und Leserinnen (Pontius 2013; Alqudah et al. 2014; Jones et al. 2013).

Die Ergebnisse der Studien zeigten weiters, dass neben der Aufbereitung und Gestaltung auch die Überprüfung des Verständnisses der Informationen wichtig wäre, sie aber zu selten durchgeführt wird (Pontius 2013; Johnston et al. 2015, Alberti & Nannini 2011). Die optimale Überprüfungsmethode erfolgt ebenfalls mithilfe von evidenzbasierten Techniken wie der „Teach-Back-Methode“ oder durch geschlossenen Fragestellungen (Johnston et al. 2015; Pontius 2013). Die Erziehungsberechtigten sollten die Überprüfung weder als beschämend, noch bedrohend empfinden. Das Gesundheitspersonal sollte sie nicht in Verlegenheit bringen, um die Unklarheiten erheben und bereinigen zu können, um die Gesundheitskompetenz zu beeinflussen (Pontius 2013; Lambert & Keogh 2014b).

Nach Pontius 2013 gibt verschiedene evidenzbasierte Guidelines, wie beispielsweise das Health Literacy Precautions Universal Toolkit, die genau beschreiben, wie das Konzept der „plain language“ und die einfache Aufbereitung und Gestaltung von Informationen optimal durchgeführt werden sollte. Die Anwendung dieser Guidelines wird in der Literatur häufig empfohlen. Die Guidelines bieten eine zeitsparende Alternative zur Erhebung der Gesundheitskompetenz mit Instrumenten, da die vereinfachten Informationen von allen Erziehungsberechtigten unabhängig ihrer Gesundheitskompetenz verstanden werden können (Pontius 2013).

Obwohl Pontius 2013 und Pontius 2014 Feature Articles sind und daher in niedrigere Evidenzklassen eingeordnet werden, basieren sie auf evidenzbasiertem Material. Sie beschreiben das Health Literacy Universal Precautions Toolkit der Agency for Health Care Research and Quality, welches ein evidenzbasiertes Hilfsmittel ist und wurden daher und weil sie viele wichtige Aspekte beinhalten, trotz der niedrigen Evidenzklasse in die Arbeit inkludiert (Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V. 2017; Pontius 2013; Pontius 2014).

Ein weiterer Vorteil dieser evidenzbasierten Guidelines ist der Einfluss auf die Sichtweisen von Pflegepersonen. Es ist anzunehmen, dass ihr Wissen aufgrund ihrer Erfahrung oft meinungsbasiert, anstatt evidenzbasiert ist. Aufgrund von Qualitätssicherungen sind auch die Pflegenden verpflichtet die Effektivität und Effizienz der Pflegeinterventionen zu überprüfen und anzupassen. Zur Verbreitung von evidenzbasierten und einheitlichen Informationen sollten daher diese Guidelines genutzt werden, um die besten und wirksamsten Pflegeinterventionen einheitlich durchführen zu können (Monsma, Richerson & Sloan 2013, o. A. 2009).

Die Relevanz der einfachen Aufbereitung und Gestaltung der Informationen für die Pflegenden ergibt sich aus verschiedenen Gründen. Das Ministerium für Gesundheit und Frauen widmete im Jahr 2013 das dritte der zehn Rahmengesundheitsziele für Österreich der Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung, um die Förderung der Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit zu erreichen. Diese Ziele wurden mit einer Vielzahl von Berufsgruppen abgestimmt und sind eine Richtlinie für die kommenden 20 Jahre. Durch das Ziel sollen persönlichen Kompetenzen und das Verantwortungsbewusstsein gestärkt und der Zugang zu verständlichen, unabhängigen und qualitätsgesicherten Informationen erleichtert werden. Die Bevölkerung soll befähigt werden, sich souverän im Gesundheitssystem zurechtzufinden und kompetent aufzutreten. Um dieses Ziel zu erreichen, gibt auch das dritte Rahmengesundheitsziel vor, dass Informationen verständlich sein müssen. Das sind sie jedoch nur dann, wenn sie einfach und konkret formuliert und präsentiert werden (bmfg 2013).

Die Relevanz für die Pflegenden ergibt sich aus einer weiteren gesetzlichen Kernkompetenz laut § 14 des GuKGs. Sie lautet „Beratung zur Gesundheits- und Krankenpflege sowie die Organisation und Durchführung von Schulungen“ (RIS 2016). Um eine effektive Kommunikation und damit erfolgreiche Beratungen und Schulungen zu ermöglichen, ist die Berücksichtigung der einfachen Aufbereitung von Informationen zwingend (Pontius 2013).

In den Ergebnissen wurde ebenfalls empfohlen, die Entwicklung von Programmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz in Kooperation mit verschiedenen Stakeholdern, unter anderem Erziehungsberechtigten, dem Gesundheitspersonal beziehungsweise Experten und Expertinnen, durchzuführen (Alqudah et al. 2014). Eine potentielle und fähige Expertengruppe wäre der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege mit einer entsprechenden Zusatzausbildung im Be-

reich Health Literacy, um passendes Informationsmaterial für Erziehungsberechtigte zu entwickeln und zu überarbeiten (Ohns et al. 2015).

Die Ergebnisse zeigten, dass unterschiedliche Verbreitungsmöglichkeiten von Informationen einen positiven Effekt, solange sie nach dem „plain language“-Konzept verfasst wurden (Alberti & Nannini 2011; Monsma, Richerson et Sloand 2013; Alqudah et al. 2014; Jones et al. 2014; Johnston et al. 2015). Der Vorschlag, Schulungsvideos in Wartezimmern zu zeigen, um damit eine Verbesserung der gesundheitsfördernden Handlungen zu erzielen, wurde neben der theoriegestützten Studie von Ohns et al. (2015) ebenfalls von zwei weiteren Studien unterstützt und sollte deshalb in Betracht gezogen werden (Lam, Dawson & Fowler 2016; Jones et al. 2014).

Es wurde festgestellt, dass Erziehungsberechtigte, die ihre Gesundheitsinformationen durch Portale wie „YouTube“, das Internet oder die Werbung einholten, keine Absicht zeigten, die Verlässlichkeit und Qualität der Informationen zu überprüfen. Die Intention dahinter war lediglich, Informationen schnell und kostenfrei zu bekommen. Die Verlässlichkeit und Aktualität dieser Informationen kann aber beispielsweise im Internet durch die Vielzahl an Treffern nicht garantiert werden (Lam, Dawson & Fowler 2016; Johnston et al. 2015). Potentielle Lösungsansätze für diese Problematik wären beispielsweise die Entwicklung einer zentralen Webseite oder Telefonhotlines. Der Bedarf an einer zentralen Webseite, die vom nationalen Gesundheitssystem unterstützt wird, ist aufgrund der verlässlichen und aktuellen Informationen bei Erziehungsberechtigten und beim Gesundheitspersonal sehr hoch und wird von mehreren Studien als Option definiert (Jones et al. 2014; Ohns et al. 2015; Monsma, Richerson & Sloand 2013). Weiters wäre auch das Mobiltelefon eine Quelle für Informationen, die durch Applikationen oder eingerichtete Hotlines von Pflegekräften bereitgestellt werden könnte (Jones et al. 2014; Johnston et al. 2015; Ohns et al. 2015). Mithilfe einer Hotline könnten Pflegekräfte den Anrufern und Anruferinnen evidenzbasierte Informationen zur Pflege geben oder sie, wenn nötig, an ein Krankenhaus weiterverweisen. Laut einer Studie von Bunik et al. (2007) hat die Einführung von 24-Stunden-Hotlines von Pflegekräften in den 1990-Jahren in vielen Ländern die Versorgung vorteilhaft beeinflusst. Eine Befragung der Anrufer und Anruferinnen zeigte, dass 46 Prozent ohne diese Ressource die Notaufnahme aufgesucht hätte. Nur 13,5 Prozent von den 46

Prozent wurde beim Anruf tatsächlich geraten, die Notaufnahme aufzusuchen (Bunik et al. 2007). Diese Erkenntnis befürwortet ebenfalls diese Möglichkeit in Hinblick auf die Verbesserung der Gesundheitskompetenz und die Entlastung des Gesundheitssystems in Hinblick auf die Auswirkungen.

In den Studienergebnissen wurden einige potentielle Tätigkeitsfelder für Pflegende zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz aufgezeigt. Viele Erziehungsberechtigten waren der Meinung, dass die Berufsgruppe der Pflegenden eine gute Quelle für die Verbreitung von präventiven Gesundheitsinformationen wäre und Gesundheitsberatungen anbieten sollten (Lam, Dawson & Fowler 2016). Andere Erziehungsberechtigte lobten den Einsatz der Community Child Nurses aufgrund der lokaltätsspezifischen Informationen. Auch Kurse durch Pflegepersonen wurden vorgeschlagen, da neben dem fachlichen Input, der Austausch zwischen den Erziehungsberechtigten gefördert werden könnte. Viele Angebote könnten durch die Pflegenden in Kombination mit anderen Berufsgruppen wie Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen, Lehrer und Lehrerinnen beziehungsweise School Nurses durchgeführt werden (Jones et al. 2014; Johnston et al. 2015). Pflegende könnten ebenfalls in Primärversorgungseinrichtungen prä- und postnatale Angebote für frischgebackene Eltern anbieten. Kurse von Pflegepersonen, orientiert am Beispiel von Geburtsvorbereitungskursen, wären eine Möglichkeit für Erziehungsberechtigte, Informationen und Fähigkeiten für die ersten Lebenswochen des Säuglings zu erwerben und fortlaufende Betreuung für Kleinkinder bekommen zu können. Dies wäre ein sicherer Rahmen für die Beratung, die Demonstration und den Erwerb von praktischen Fähigkeiten (Johnston et al. 2015; Monsma, Richerson & Sloan 2013). Obwohl Johnston et al. 2015 ein Discussion Paper ist und dieses Design in den Evidenzklassen niedrig eingestuft ist, wurde es trotzdem in die Arbeit inkludiert, da die eingebrachten Ansätze sehr interessant für die Arbeit waren (Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V. 2017).

In einem Expertengespräch der Sozialversicherung hieß es, die Mitwirkenden sollen sich auf Bereiche spezialisieren, bei denen sie die besten Angriffspunkte haben, da die Expertise bezüglich Gesundheitskompetenz erweitert werden müsse (Bencic, Ottendörfer & Spitzbart 2012). Aufgrund der engen Interaktion mit der Familie ergeben sich viele Chancen für die Pflegenden, um die Gesundheitskompetenz der Familien zu steigern. Auch die Ergebnisse zeigen einige offene Berufs-

felder, vor allem in beratenden Funktionen, auf. Um ein optimales Netzwerk zu gestalten, sollte auch die Berufsgruppe der Pflegenden bestmöglich in die Verbesserung der Gesundheitskompetenz eingebunden werden. Aus diesem Grund könnte die Integration der Berufsgruppe der Pflegenden in die Primärversorgung gute Ergebnisse erzielen und auch für die weitere Gesundheitsversorgung von Vorteil sein (Ohns et al. 2015; Johnston et al. 2015).

4.1 Stärken und Schwächen

Eine Schwäche der Arbeit ist, dass nur englische und deutsche Studien verwendet wurden. Weiters gibt es zu diesem speziellen Thema wenig Literatur, daher konnten nur neun Studien in die Arbeit inkludiert werden.

Stärken der Arbeit sind, dass vier verschiedene Quellen zur Literatursuche verwendet wurden, dass nur aktuelle Literatur der letzten zehn Jahre verwendet wurde und internationale Literatur aus den USA, Australien, China und Großbritannien inkludiert wurde.

5 Schlussfolgerung

Der zentrale Schlüssel zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz von Erziehungsberechtigten durch Pflegekräfte ist die Kommunikation. Die Berufsgruppe der Pflegenden soll unter Berücksichtigung der wichtigsten Einflussfaktoren und der Gesundheitskompetenz die Kommunikation so einfach wie möglich gestalten, um Menschen mit unterschiedlicher Gesundheitskompetenz zu erreichen. Pflegekräfte müssen daher über die wichtigsten Prinzipien wie der „plain language“ zur Aufbereitung und Verbreitung von Informationen Bescheid wissen. Evidenzbasierte Guidelines wie das „Health Literacy Universal Precautions Toolkit“ der AHRQ können dabei eine Hilfestellung geben. Ein weiteres Schlüsselement ist die Überprüfung des Verständnisses der Erziehungsberechtigten. Diese sollten ebenfalls mit evidenzbasierten Methoden wie „Teach-back“, „Chunk and Check“ oder „Ask Me 3“ beziehungsweise mit offenen Fragestellungen durchgeführt werden. Es soll jedoch darauf geachtet werden, dass die Art und Weise der Überprüfung nicht beschämend oder bedrohlich für die Erziehungsberechtigten ist. Zusätzlich ist es wichtig zu wissen, dass auch Menschen mit einem hohen Bildungsniveau eine mangelnde Gesundheitskompetenz aufweisen können.

Es gibt einige offene Bereiche für die Berufsgruppe der Pflegenden, um an der Verbesserung der Gesundheitskompetenz von Erziehungsberechtigten mitzuwirken. Diese sollten von den Verantwortlichen und der Berufsgruppe selbst wahrgenommen werden, um in Aktion treten zu können.

5.1 Forschungsempfehlung

In Hinblick auf die Wirksamkeit bezüglich der Steigerung der Gesundheitskompetenz soll die Erhebung der Gesundheitskompetenz mit den vorgesehenen Instrumenten mit der Informationsaufbereitung durch das „plain language“-Konzept verglichen werden.

5.2 Praxisempfehlung

Die wichtigste Empfehlung für die Praxis ist die Anwendung der „plain language“ ohne Fachsprache oder unkonkrete Formulierungen, um mit Informationen möglichst viele Menschen mit unterschiedlicher Gesundheitskompetenz zu erreichen. Bereits existierendes Informationsmaterial sollte überprüft werden und unter Anwendung von evidenzbasierten Guidelines verbessert werden. Die Entwicklung von neuem Informationsmaterial soll in Kooperation mit den Erziehungsberechtigten, dem Gesundheitspersonal und Experten und Expertinnen erfolgen.

Eine neue potentielle Expertengruppe ist der gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege mit einer Zusatzausbildung im Bereich Health Literacy, um die Versorgung durch evidenzbasierte Praxis und die Gesundheitskompetenz von Erziehungsberechtigten zu verbessern. Die Inklusion der Pflegenden in die Primärversorgung wäre ebenfalls eine neue Chance zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz.

Im digitalen Zeitalter steigt die Relevanz der alternativen Schulungsmethoden auch in Hinblick auf die Steigerung der Gesundheitskompetenz, da sie einen einfachen Zugriff auf aktuelle und zuverlässige Informationen erlauben. Aus diesem Grund ist das Interesse an der Erstellung einer Webseite, die vom nationalen Gesundheitssystem unterstützt wird, groß. Forschungsergebnisse zeigen ebenfalls positive Effekte von 24-Stunden-Hotlines der Pflegenden. Daher sollten diese Optionen als Unterstützung für das österreichische Gesundheitssystem in Hinblick auf die Verbesserung der Gesundheitskompetenz in Betracht gezogen werden.

Die Prinzipien der Gesundheitskompetenz sind zwar sehr einfach, jedoch können sie im Alltag untergehen. Möglicherweise wären eine Schulung des Pflegepersonals zur Auffrischung des Konzepts der Gesundheitskompetenz und der Hinweis auf evidenzbasierten Praktiken eine Lösung für dieses Problem. Auch in der Ausbildung sollte dem Konzept der Gesundheitskompetenz größere Beachtung in Schulfächern wie „Kommunikation, Konfliktbewältigung und Supervision“ geschenkt werden, um die Auszubildenden darauf adäquat zu sensibilisieren, denn nur wenn die Problematik bekannt ist, kann sie in Zukunft bearbeitet werden.

6 Literaturverzeichnis

- Abrams, M. A., Klass, P. & Dreyer B. P. 2009, „Health literacy and children: introduction“, *Pediatrics*, 124 (3): 262 – 264.
- Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) 2016a, *Health Literacy Measurement Tools (Revised)*, <https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/literacy/index.html>, (03.01.2017).
- Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) 2016b, *Health Literacy Universal Precautions Toolkit*, <https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/literacy-toolkit/index.html>, (20.02.2017).
- Ajzen, I. 2011, „Theory of Planned Behaviour“, *Attitudes, personality and behavior*, 2. Auflage, Berkshire, England.
- Alberti, T. L. & Nannini, A. 2011, „Patient comprehension of discharge instructions from the emergency departments: A literature review“, *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 25 (4): 186-94.
- Alqudah, M., Johnson, M., Cowin, L. & George, A. 2014, „An Innovative Fever Management Education Program for Parents, Caregivers, and Emergency Nurses“, *Advanced Emergency Nursing Journal*, 36 (1): 52 – 61.
- Arozullah, A. M., Yarnold, P. R., Bennett, C. L., Solltysik, R. C., Wolf, M. S., Lee, S. Y. & Davis, T. C. 2007, „Development and validation of a short-form, rapid estimate of adult health literacy in medicine“, *Medical Care*, 45: 1026–1033.
- Bass, B. F., Wilson, J. F. & Griffith, C. H. 2003, „A shortened instrument for literacy screening“, *Journal of General Internal Medicine*, 18: 1036–1038.
- Bauer, S 2014b, basierend auf JBI 2014 & Shea et al. 2007, *Bewertungskriterien für Systematik Reviews*, Seminar Lesen und Bewerten von Forschungsergebnissen, 7. Semester, Medizinische Universität Graz.
- Bauer, S. 2014a, basierend auf Davis & Logan 2008, Weiss Roberts et al. 2004, Provenzale & Stanley 2005 & Burns & Grove 2003, *Bewertungskriterien für quantitative und qualitative Studien*, Seminar Lesen und Bewerten von Forschungsergebnissen, 7. Semester, Medizinische Universität Graz.
- Bencic, W., Ottendörfer, B. & Spitzbart, S. 2012, *Expertengespräch Health Literacy, Die Rolle der Gesundheitsplayer in Österreich*, <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.564299&version=1391184551> (04.01.2017).

- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (bmgf) 2013, *Rahmengesundheitsziel 3*, <http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/die-10-ziele/>, (30.10.2016).
- Bunik, M., Glazner, E., Chandramouli, V., Emsermann, C., Hegarty, T. & Kempe, A. 2007, "Pediatric telephone call centres: How do they affect health care use and costs", *Pediatrics*, 119 (2): 305 – 313.
- Cha, E. & Besse, J.L. 2014, „Low parent health literacy is associated with 'obesogenic' infant care behaviours“, *Evidence-based Nursing*, 18 (2): 24.
- Davis, T. C., Crouch, M. A., Long, S. W., Jackson, R. H., Bates, P., George, R. B. & Bairnsfather, L. E. 1991, „Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patients“, *Family Medicine*, 23: 433–435.
- Davis, T. C., Long, S. W., Jackson, R. H., Mayeaux, E. J., George, R. B., Murphy, P. W. & Crouch M. A. 1993, „Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened instrument“, *Family Medicine*, 25: 391–395.
- Demografieportal 2014, *Jede vierte Akademikerin bleibt kinderlos, Zahlen und Fakten*, https://www.demografieportal.de/SharedDocs/Informieren/DE/-ZahlenFakten/Kinderzahl_Bildung.html, (04.02.2017).
- Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V. 2017, <http://www.ebm-netzwerk.de/was-ist-ebm/images/evidenzklassen.jpg/view>, (10.3.2017).
- Dumenci, L., Matsuyama, R. K., Kuhn, L., Perera, R. A. & Siminoff, L. A. 2013, „On the Validity of the Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) Scale as a Measure of Health Literacy“, *Communication methods and measures*, 7 (2): 134 – 143.
- HLS-EU Consortium 2012, *Comparative report on health literacy in eight EU member states, The European Health Literacy Project 2009-2012*, 2. vollständig überarbeitete Auflage, Maastricht.
- Johnston, R., Fowler, C., Wilson, V. & Kelly, M. 2015, "Opportunities for Nurses to increase parental Health literacy: A Discussion Paper“, *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 38 (4): 266-81.
- Jones, C. H. D., Neill, S., Lakhanpaul, M., Roland, D., Singlehurst-Mooney, H. & Thompson, M. 2013, „Information needs of parents for acute childhood illness: determining ,what, how where and when of safety netting using a qualitative exploration with parents and clinicians“, *BMJ Open*, 4 (1): e003874.

- Kumar, D., Sanders, L., Perrin, E. M., Lokker, N., Patterson, B., Gunn, V., Finkle, J., France, V., Choi, L. & Rothman, R. L. 2010, „Parental Understanding of Infant Health Information: Health Literacy, Numeracy and the Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT)“, *Academic Pediatrics*, 10 (5): 309 – 316.
- Lam, W., Dawson, A. & Fowler, C. 2016, „The Health Literacy of Hong Kong Chinese Parents with Preschool Children in Seasonal Influenza Prevention: A Multiple Case Study at Household Level“, *Plos One*, 10 (12): e0143844.
- Lambert, V. & Keogh, D. 2014a, „Health Literacy and its importance for effective communication. Part 1“, *Nursing children and young people*, 26 (3): 31 – 38.
- Lambert, V. & Keogh, D. 2014b, „Health Literacy and its importance for effective communication. Part 2“, *Nursing children and young people*, 26 (4): 32 – 38.
- Monsma, J., Richerson, J. & Sloand, E. 2013, „Empowering parents for evidence-based fever management: An integrative review“, *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 27 (4): 222-9.
- Morrison, A. K., Myrvik, M. P., Brousseau, D. C., Hoffmann, R. G. & Stanley, R. M. 2013, „The Relationship Between Parent Health Literacy and Pediatric Emergency Department Utilization: A Systematic Review“, *Academic Pediatric Association*, 15 (3): 1 – 8.
- National Association of School Nurses (NASN) 2011, *Quick poll results – Health literacy*, <http://www.nasn.org/Home/NASNQuickPollResults>, (04.01.2017).
- Nova South-eastern University (NSU) o. J., *Wide Range Achievement Test*, <http://www.cps.nova.edu/~cpphelp/WRAT.html>, (03.01.2017).
- o. A. 2009, *Evidence Based Nursing*, http://pflegeforschung.org/a_ebn.html, (14.01.2017).
- Öffentliches Gesundheitsportal Österreich 2015, *Gesundheitskompetenz: Leichter gesund entscheiden*, <https://www.gesundheit.gv.at/aktuelles/archiv-2015/gesundheitskompetenz>, (10.01.2017).
- Ohns, M. J., Oliver-McNeil, S., Nantais-Smith, L. M. & George, N. M. 2015, „Nonurgent Use of the Emergency Department by Pediatric Patients: A Theory-Guided Approach for Primary and Acute Care Pediatric Nurse Practitioners“, *Journal of pediatric health care*, 30 (4): 339 – 46.
- Österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz (ÖPGK) 2016, *Gesundheitskompetenz: Was ist das?*, <https://oepgk.at/die-oepgk/gesundheitskompetenz/>, (03.01.2017).

- Parker, R. M., Baker, D. W., Williams, M. V. & Nurss, J. R. 1995, „The Test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills", *Journal of general internal medicine*, 10 (10): 537 – 41.
- Pontius, D. J. 2013, „Health Literacy Part 1: Practical Techniques for Getting Your Message Home", *NASN school nurse*, 28 (5), 247 – 252.
- Pontius, D. J. 2014, „Health Literacy Part 2: Practical Techniques for Getting Your Message Home", *NASN school nurse*, 29 (1), 30 – 42.
- Powers, B. J., Bosworth, J. & Trinh, J. V. 2010, „Can this patient read and understand written health information", *JAMA*, 304 (1): 76-84.
- Rasu, R. S., Bawa, W. A., Suminski, R., Snella, K. & Warady, B. 2015, „Health Literacy Impact on National Healthcare Utilization and Expenditure", *International journal of Health Policy and Management*, 4 (11): 747-755.
- Rechtsinformationssystem (RIS) 2016, *Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe*,
<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026>, (30.10.2016).
- Scotten, M. 2015, „Parental Health Literacy and Its Impact on Patient Care, *Primary care*", 42 (1): 1 – 16.
- Silverston, P. 2014, „Effective Safety-Netting in Prescribing Practice", *Nurse Prescribing*, 12 (7): 1-4.
- Wood, M. R, Price, J. H., Dake, J. A., Telljohann, S. K. & Khuder, S. A. 2009, „African American Parents'/Guardians' Health Literacy and Self-Efficacy and Their Child's Level of Asthma Control", *Journal of Pediatric Nursing*, 25 (5): 418-27.
- World Health Organization (WHO) 2013, *The solid facts Health Literacy*, World Health Organization, Copenhagen.
- Yin, H. S., Johnson, M., Mendelsohn, A. L., Abrams, M. A., Sanders, L. M., & Dreyer, B. P. (2009), „The health literacy of parents in the United States: A nationally representative study", *Pediatrics*, 124 (3): 289–298.
- Yin, H. S., Mendelsohn, A. L., Wolf, M. S., Parker, R. M., Fierman, A., van Schaick, L., Bazan, I. S., Kline, M. D. & Dreyer, B. P. (2010), „Parents' medication administration errors: Role of dosing instruments and health literacy", *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164, 181–186.

7 Anhang – Bewertungsbögen

Bewertungskriterien „Qualitative studies“

Title

1. Does the title contain all relevant information? (population, concepts, methods. setting)
2. Does the title reflect the content of the whole text?

Abstract

3. What elements can be read out of the abstract? What elements are missing?
4. Can the abstract be understood without reading the whole text?
5. Are there inconsistencies between abstract and the text?

Introduction

6. What parts can be read out of the introduction? What is missing?
7. What is the research problem?
8. Does the introduction contain a recent review of the literature?
9. Is the used literature up-to-date (5-10 years)?
10. Are there definitions mentioned?
11. What are the central concepts?
12. What is the research gap?
13. What is the purpose of the study and/or the research questions?

Methods

14. What parts can be read out of the method section? What is missing?
15. Are the methods sufficiently described in order to permit a replication of the study?

Design

16. What is the research approach?
17. What is the research design?
18. Is the design appropriate for the research questions (purpose)?

Sample

19. What is the sample?
20. What are the procedures for choosing the sample?
21. Where are the participants recruited?
22. Does the procedures for choosing the sample bias the results?
23. Is the sample appropriate for answering the research questions (purpose)?

Ethical considerations

24. Is there an approval of the ethical commission?
25. Was informed consent obtained? If no, would it have been possible?

Setting

26. What was the setting for data collection?
27. Is the setting appropriate for answering the research questions (purpose)?

Data collection

28. What is the data collection method?
29. Is the data collection method trustworthy?
30. Is the data collection method appropriate for the research design?
31. Does the data collection method bias the results?
32. How are the data recorded?

Data analysis

33. What methods are used to analyze the data?
34. Does the researcher explain his/her role, assumptions and preconceptions in the data collection process?
35. Is data saturation reached?
36. Is the method for data analysis appropriate for answering the research questions (purpose)?

Results

37. What are the main findings?
38. Are the results organized in a way that is easy to understand?
39. Are the tables and figures easy to understand?
40. Do the results answer the research questions (purpose)?

Discussion

41. What parts can be read out of the discussion? What is missing?

42. Does the author compare his main findings with results from literature?
43. Are the authors' conclusions justified by the results found in the study?
44. Does author give implications for nursing practice?
45. Does author give implications for further nursing research?
46. What are the major limitations of the study (from the author's point of view and from your point of view)?
47. What are the major strengths of the study (from the author's point of view and from your point of view)?

Reference list

48. Is there a consistent reference style?

Using research results

49. Do the results have benefits for nursing practice? (in your opinion)
Are those benefits for nursing practice direct or indirect ones?

Information needs of parents for acute childhood illness: determining „what, how and when“ of safety netting using a qualitative exploration with parents and clinicians

Jones, C. H. D., et al. (2013)

Es wurden 44 (= 88,0 %) von 50 passenden Punkten erreicht.

1. Ja, der Titel enthält alle relevanten Informationen.
2. Ja, der Titel gibt den Inhalt des gesamten Texts wieder.
- 3. Beim Abstract fehlt die Diskussion.**
4. Die Beschreibung kann auch ohne Lesen des gesamten Artikels verstanden werden.
5. Es gibt keine Unstimmigkeiten zwischen der Beschreibung und dem Text.
- 6. Die Introduction beginnt mit einem breiten Einstieg und wird dann spezifischer. Das Forschungsproblem und die Relevanz sind vorhanden, jedoch gibt es keine Definitionen. Auch die Forschungslücke und das Forschungsziel sind vorhanden, jedoch fehlt die Forschungsfrage.**
7. Das Forschungsproblem ist, dass trotz dem Rückgang von lebensbedrohlichen Kinderkrankheiten die Besuche in Kindernotfallambulanzen steigen, obwohl die meisten dieser Angelegenheiten keine Notfälle sind. Informationen zu

„safety netting“ könnten Vorschläge anbieten, wann und wo die Eltern weitere Hilfe bekommen.

8. Ja die Introduction enthält ein Literaturreview.

9. Ja, die Quellen der Introduction sind aktuell.

10. Es sind keine Definitionen vorhanden, vor allem müsste der Begriff „safety netting“ definiert werden.

11. Die zentralen Variablen sind die Eltern, Ärzte und Ärztinnen beziehungsweise das Pflegepersonal und die Information durch „safety netting“.

12. Entgegen den Empfehlungen gibt es keine Richtlinie für den optimalen Inhalt, das Format und Verteilung für „safety netting“.

13. Das Ziel der Studie ist, die Meinungen von Erziehungsberechtigten und Klinikangestellten bezüglich des optimalen Inhalts, der Qualitätskriterien, des Formats und der Verteilung von Informationen durch „safety netting“ zu erheben.

14. Im Methodenteil gibt es keine Angaben über das Setting, in dem die Datenerhebung stattfand. Angaben zur Verzerrung gibt es erst im Diskussionsteil.

15. Ja die Methode ist bis auf das Setting ausreichend beschrieben.

16. Es wurde eine qualitative Methode gewählt.

17. Es wurde eine qualitative, erklärende Methode gewählt.

18. Ja, das Design ist passend aufgrund des fehlenden Wissens zu diesem Thema.

19. Das Sample sind 27 Eltern, 10 Ärzte und Ärztinnen und 6 Pflegepersonen.

20. Es wurde ein „maximum variation sampling“ verwendet.

21. Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen wurde durch E-Mails, durch die Nutzung von lokalen „Primary Care Research Networks“ oder „Comprehension Local Research Network for clinicians“ rekrutiert.

22. Es gibt keine Angaben über mögliche Verzerrungen im Methodenteil, aber im Diskussionsteil wird erwähnt, dass durch die Zusammenarbeit der Forscherinnen mögliche Verzerrungen reduziert wurden.

23. Ja, da die Erziehungsberechtigten aus einer großen Reichweite rekrutiert wurden und auch das ärztliche Personal beziehungsweise das Pflegepersonal aus verschiedenen Settings ausgewählt wurde.

24. Ja, die Studie wurde von East Midland-Nottingham 2 NHS Research Ethics Committee und den passenden Behörden bewilligt.

25. Ja, die informierte Zustimmung jedes Teilnehmers und jeder Teilnehmerin wurde schriftlich erhoben.
- 26. Leider gibt es keine Angabe zum Setting.**
- 27. Leider gibt es keine Angabe zum Setting.**
28. Daten wurden durch Fokusgruppen und halbstrukturierte Interviews erhoben.
29. Ja, die Methode ist vertrauenswürdig, da beide Forscherinnen anwesend waren und eine von beiden am Ende immer eine mündliche Zusammenfassung gab.
30. Ja, die Datenerhebung ist passend.
31. Es gibt keine Angaben über mögliche Verzerrungen im Methodenteil, aber im Diskussionsteil wird bei den Stärken der Studie erwähnt, dass durch die Zusammenarbeit der Forscherinnen mögliche Verzerrungen reduziert werden.
32. Die Daten wurden mittels Tonaufnahme aufgenommen, transkribiert, verbalisiert und anonymisiert.
33. Die Datenanalyse wurde mit einer Grounded Theory mit ständigem Vergleich durchgeführt.
34. Ja die Forscherinnen gaben an, was sie während des Prozess der Datenerhebung machten.
35. Es gibt keine Angabe zur Datensättigung.
36. Ja, die Analysemethode ist passend für das Ziel.
37. Die Hauptergebnisse sind in folgende Kategorien eingeteilt: Inhalt von „safety netting“, Qualitätskriterien von „safety netting“, Format und Verteilung von „safety netting“. Die letzte Hauptkategorie wurde in die Unterkategorien: Beratungsbasiertes „safety netting“, generelles, vorbereitendes Material, internetbasiertes Material und audiovisuelles Material.
38. Die Resultate sind gut in Haupt,- und Unterkategorien aufgeteilt.
39. Die 5 Tabellen und 1 Abbildungen sind sehr leicht zu verstehen.
40. Die Ergebnisse beantworten den Zweck des Artikels.
41. In der Discussion sind alle Bestandteile vorhanden.
42. Ja die Forscherinnen vergleichen ihre Ergebnisse mit Ergebnissen der anderen Literatur.
43. Ja, die Schlussfolgerung ist aufgrund der Ergebnisse berechtigt.
44. Ja, es gibt Praxisempfehlungen.
45. Ja, es gibt Forschungsempfehlungen.

46. Weitere Forschung soll die Effektivität der verschiedenen Komponenten des „safety nettings“ bestimmen und den Einfluss auf das Wissen, das Verständnis, die Zufriedenheit, die Ängste und die Häufigkeit der erneuten Beratungen untersuchen. Zusätzlich soll die Entwicklung von Qualitätsstandards für „safety netting“ erfolgen.
47. Eine Limitation ist, dass durch die qualitative Methode ist das Ausmaß der Übertragbarkeit der Ergebnisse nicht bekannt ist.
48. Die Stärken ist die Kombination der Sichtweisen von Erziehungsberechtigten und des ärztlichen Personals beziehungsweise des Pflegepersonals. Zusätzlich wurden Gruppen mit verschiedenen Levels von Gesundheitskompetenz inkludiert. Die möglichen Verzerrungen bei der Datenerhebung und Datenanalyse wurden durch die verschiedenen Hintergründe der Forscherinnen, die zusammengearbeitet haben reduziert.
49. Ja, der Referenzstil ist einheitlich.
50. Ja, meiner Meinung nach haben die Ergebnisse einen Nutzen für die Pflegepraxis. Die Zusammenarbeit mit den Erziehungsberechtigten hat für beide Parteien Vorteile. Die Erziehungsberechtigten können äußern was sie wissen wollen und das ärztliche Personal sowie das Pflegepersonal kann äußern was Eltern wissen müssen, so werden alle wichtigen Inhalte inkludiert.
51. Die Vorteile für die Pflegepraxis sind indirekt.

The Health Literacy of Hong Kong Chinese Parents with Preschool Children in Seasonal Influenza Prevention: A Multiple Case Study at Household Level

Lam, W., Dawson, A. & Fowler, C. (2015)

Es wurden 40 (= 80,0 %) von 50 passenden Punkten erreicht.

1. Ja, der Titel enthält alle relevanten Informationen.
2. Ja, der Titel gibt den Inhalt des gesamten Texts wieder.
3. **Beim Abstract fehlt die Diskussion.**
4. Die Beschreibung kann auch ohne Lesen des gesamten Artikels verstanden werden.
5. Es gibt keine Unstimmigkeiten zwischen der Beschreibung und dem Text.

- 6. Die Introduction beginnt mit einem breiten Einstieg und wird dann spezifischer. Das Forschungsproblem und die Relevanz sind vorhanden. Auch die Forschungslücke und das Forschungsziel sind vorhanden, jedoch fehlt die Forschungsfrage.**
7. Das Forschungsproblem ist, dass die Forschung zeigt, dass mangelnde Gesundheitskompetenz mit schlechteren Ergebnissen der Gesundheit. Menschen mit mangelnder Gesundheitskompetenz haben einen höheren Bedarf an Leistungen des Gesundheitssystems, schlechtere Strategien zur Informationssuche und niedrigere Impfraten. Die Gesundheitskompetenz von Erziehungsberechtigten hat eine Auswirkung auf das Familienleben und auf die Kindergesundheit.
8. Ja die Introduction enthält ein Literaturreview.
- 9. Nein, es sind nicht alle Quellen der Introduction aktuell.**
10. Der Begriff Gesundheitskompetenz ist definiert.
11. Die zentralen Variablen sind die Eltern, die Gesundheitskompetenz und die Grippeprävention.
12. Die Erziehungsberechtigten werden nicht aktiv in die Gesundheitsförderung integriert und daher ist es unwahrscheinlicher, dass sie den Empfehlungen Folge leisten.
13. Das Ziel der Studie es, nützliche Erkenntnisse für das Design und das Näherbringen von gesundheitsfördernden Initiativen bezüglich Influenza anzubieten, um die Gemeinde und die Bevölkerung anzusprechen.
- 14. Im Methodenteil gibt es keine Angaben über das Setting, in dem die Datenerhebung stattfand. Angaben zur Verzerrung gibt es nur teilweise.**
15. Ja die Methode ist bis auf das Setting ausreichend beschrieben.
16. Es wurde eine qualitative Methode gewählt.
17. Es wurde eine multiple Fallstudie durchgeführt.
18. Ja, das Design ist passend.
19. Das Sample sind 20 Mütter.
20. Es wurde ein Gelegenheitsampling verwendet.
21. Es wurden in 5 Kindergärten in Hong Kong Briefe und Informationsblätter zur Studie verteilt. Danach wurden sie vom Forscher beziehungsweise der Forscherin persönlich eingeladen.
- 22. Es gibt keine Angaben über mögliche Verzerrungen.**

23. Ja, da dadurch viel Information gewonnen werden konnte und das Phänomen gut beleuchtet werden konnte.
24. Ja, die Studie wurde von 2 verschiedenen Universitäten bewilligt.
25. Ja, die informierte Zustimmung jedes Teilnehmers und jeder Teilnehmerin wurde schriftlich erhoben.
- 26. Leider gibt es keine Angabe zum Setting.**
- 27. Leider gibt es keine Angabe zum Setting.**
28. Daten wurden mit halbstrukturierten Interviews erhoben und es wurden Feldnotizen gemacht.
29. Ja, die Methode ist vertrauenswürdig.
30. Ja, die Datenerhebung ist passend.
- 31. Es gibt keine Angaben über mögliche Verzerrungen.**
32. Die Daten wurden digital aufgenommen, transkribiert und verbalisiert.
33. Die Datenanalyse wurde mit einer Inhaltsanalyse mit ständigem Vergleich durchgeführt
34. Ja die Forscherinnen gaben an, was sie während des Prozesses der Datenerhebung machten.
35. Es gibt keine Angabe zur Datensättigung.
36. Ja, die Analysemethode ist passend für das Ziel.
37. Die Hauptergebnisse sind in folgende Kategorien eingeteilt: Das Wissen, die berichteten Fähigkeiten und das praktische Handeln der Erziehungsberechtigten, Suchen und Austauschen der Erziehungsberechtigten über Gesundheitsinformationen, Methoden der Erziehungsberechtigten bezüglich Gesundheitsinformationen und Umgebung für Gesundheitsförderung schaffen.
38. Die Resultate sind gut in Hauptkategorien aufgeteilt und mit Zitaten untermauert.
39. Die 3 Tabellen und 1 Abbildungen sind sehr leicht zu verstehen.
40. Die Ergebnisse beantworten den Zweck des Artikels.
41. In der Discussion sind alle Bestandteile vorhanden.
42. Ja die Forscherinnen verglichen ihre Ergebnisse mit Ergebnissen der anderen Literatur.
43. Ja, die Schlussfolgerung ist berechtigt.
44. Es gibt eine Praxisempfehlung.
- 45. Es gibt keine Forschungsempfehlung.**

46. 12 der 20 Mütter kamen aus dem gleichen Gebiet, dadurch ist die Vielfalt etwas eingeschränkt. In der Studie wurden keine Messmethoden zum Messen von Gesundheitskompetenz wie REALM oder THOFLA verwendet. Angaben zur Vermeidung von Verzerrung gibt es nur teilweise.
47. Eine Stärke ist, dass der Fragebogen halbstrukturiert war und dadurch eine breitere Perspektive erkundet werden konnte.
48. Ja, der Referenzstil ist einheitlich.
49. Ja, meiner Meinung nach haben die Ergebnisse einen Nutzen für die Pflegepraxis. Die Studie zeigte, dass die Community Nurse den Zugang zu Informationen für Erziehungsberechtigte durch das Internet oder zusammen mit dem Sozialdienst verbessern könnte. Sie könnten außerdem eine wichtige Rolle in der Steigerung der Gesundheitskompetenz der Erziehungsberechtigten spielen.
50. Die Vorteile für die Pflegepraxis sind indirekt.

Health literacy. Part 1. Practical techniques for getting your message home.

Pontius DJ. (2013)

Da es ein „Feature Article“ ist, wurden 16 (= 88,8 %) von 18 passenden Punkten erreicht.

1. Ja, der Titel enthält alle relevanten Informationen.
2. Ja, der Titel gibt den Inhalt des gesamten Texts wieder.
3. Es gibt beim „Feature Article“ keinen Abstract, nur eine kurze Beschreibung des Artikels.
4. Die Beschreibung kann auch ohne Lesen des gesamten Artikels verstanden werden.
5. Es gibt keine Unstimmigkeiten zwischen der Beschreibung und dem Text.
6. Die Introduction beginnt mit einem breiten Einstieg und wird dann spezifischer. Die Relevanz ist vorhanden und auch die Definition von Gesundheitskompetenz ist zu finden. Das Forschungsproblem, das Literaturreview, die Konzepte, die Forschungslücke und die Forschungsfrage beziehungsweise das Forschungsziel gibt es beim „Feature Article“ nicht.
7. Gibt es bei einem „Feature Article“ nicht.
8. Gibt es bei einem „Feature Article“ nicht.

- 9. Ja, die Quellen der Introduction sind alle aktuell.
- 10. Ja, der Begriff Gesundheitskompetenz ist definiert.
- 11. Gibt es bei einem „Feature Article“ nicht.
- 12. Gibt es bei einem „Feature Article“ nicht.
- 13. Der Zweck des Artikels ist es, Strategien aufzuzeigen, um die verbale Kommunikation vor allem für School Nurses zu verbessern.

Beim „Feature Article“ gibt es keine genaue Beschreibung des Methodenteils.

37. Die Hauptergebnisse zur Verbesserung der verbalen Kommunikation sind eingeteilt in die 2 Hauptkategorien: Messen der Gesundheitskompetenz von Erziehungsberechtigten und Verbessern der verbalen Kommunikation. Die letzte Kategorie wird unterteilt in: nette Begrüßung, Augenkontakt und Zeitmanagement; Limitieren und Wiederholen des Inhalts; „Teach-Back-Methode“ und „Ask Me 3“ nützen; einfache Sprache und konkrete Begriffe verwenden beziehungsweise Grafiken.

38. Die Resultate sind gut in Haupt,- und Unterkategorien aufgeteilt.

39. Die 3 Tabellen und 2 Abbildungen sind sehr leicht zu verstehen.

40. Die Ergebnisse beantworten den Zweck des Artikels.

41. Beim „Feature Article“ gibt es keine Discussion, aber eine Zusammenfassung. Die Zusammenfassung wiederholt die Auswirkungen von mangelnder Gesundheitskompetenz der Erziehungsberechtigten.

44. Der Autor gibt keine konkrete Empfehlung für die Pflegepraxis.

45. Der Autor gibt keine Forschungsempfehlungen.

46. Die Limitationen des Autors sind beim „Feature Article“ nicht vorhanden, aber meiner Meinung nach ist es eine Limitation, dass es ein Artikel ist und daher einige Angaben fehlen.

47. Auch die Stärken des Artikels werden bei einem „Feature Article“ nicht angegeben. Meiner Meinung nach ist der Artikel aber trotzdem gut für die Arbeit geeignet, da er gute Quellen enthält wie das „Health Literacy Universal Precautions Toolkit“.

48. Ja, der Referenzstil ist einheitlich

49. Ja, meiner Meinung nach haben die Ergebnisse einen Nutzen für die Pflegepraxis. Dieser Artikel gibt sehr genau Auskunft über die Möglichkeiten zur Verbesserung der verbalen Kommunikation. Diese Strategien können in der Praxis sehr gut umgesetzt werden. Zusätzlich sind sie angelehnt an das

Health Literacy Universal Precautions Toolkit der Agency for Healthcare Research and Quality, dessen Anwendung in der Literatur häufig empfohlen wird, da es eine Art Richtlinie ist.

50. Die Vorteile für die Pflegepraxis sind indirekt.

Health literacy. Part 2. Practical techniques for getting your message home.

Pontius DJ. (2013)

Da es ein „Feature Article“ ist, wurden 16 (= 88,8 %) von 18 passenden Punkten erreicht.

1. Ja, der Titel enthält alle relevanten Informationen.
 2. Ja, der Titel gibt den Inhalt des gesamten Texts wieder.
 3. Es gibt beim „Feature Article“ keinen Abstract, nur eine kurze Beschreibung des Artikels.
 4. Die Beschreibung kann auch ohne Lesen des gesamten Artikels verstanden werden.
 5. Es gibt keine Unstimmigkeiten zwischen der Beschreibung und dem Text.
 6. Die Introduction beginnt mit einem breiten Einstieg und wird dann spezifischer. Die Relevanz ist vorhanden und auch die Definition von Gesundheitskompetenz ist zu finden. Das Forschungsproblem, das Literaturreview, die Konzepte, die Forschungslücke und die Forschungsfrage beziehungsweise das Forschungsziel gibt es beim „Feature Article“ nicht.
 7. Gibt es bei einem „Feature Article“ nicht.
 8. Gibt es bei einem „Feature Article“ nicht.
 9. Ja, die Quellen der Introduction sind alle aktuell.
 10. Ja, der Begriff Gesundheitskompetenz ist definiert.
 11. Gibt es bei einem „Feature Article“ nicht.
 12. Gibt es bei einem „Feature Article“ nicht.
 13. Der Zweck des Artikels ist es, schriftliche Kommunikationstechniken vor allem für School Nurses zu aufzuzeigen, um die Gesundheitskompetenz zu steigern.
- Beim „Feature Article“ gibt es keine genaue Beschreibung des Methodenteils.
37. Die Hauptergebnisse zur Verbesserung der schriftlichen Kommunikation sind eingeteilt in die Hauptkategorien: Bedarf an lesbaren, schriftlichen Materialien, Verbessern von schriftlicher Kommunikation, Limitierung und Bedeutung des

Inhalts, Einbeziehen des Lesers, Vereinfachen des Texts, Layout, Grafiken und Testung. Die Unterkategorien sind unterteilt in: Wortwahl, aktive Stimme, Überschriften und Aufzählungen beziehungsweise Bildungslevel.

38. Die Resultate sind gut in Haupt,- und Unterkategorien aufgeteilt.

39. Die 5 Tabellen und 8 Abbildungen sind sehr leicht zu verstehen.

40. Die Ergebnisse beantworten den Zweck des Artikels.

41. Beim „Feature Article“ gibt es keine Discussion, aber eine Zusammenfassung.

Die Zusammenfassung wiederholt die Auswirkungen von mangelnder Gesundheitskompetenz der Erziehungsberechtigten. Es ist für School Nurses sehr wichtig die Prinzipien der Gesundheitskompetenz zu kennen und sie in der schriftlichen Kommunikation zu verwenden. Dadurch wird der Schulungserfolg in Hinblick auf die Gesundheit merklich verbessert. Durch diese Strategien werden bessere Beziehungen zu den Familien aufgebaut, was nicht nur das Verständnis verbessert, sondern auch die Gesundheit der Schüler.

44. Der Autor gibt keine konkrete Empfehlung für die Pflegepraxis.

45. Der Autor gibt keine Forschungsempfehlungen.

46. Die Limitationen des Autors sind beim „Feature Article“ nicht vorhanden, aber meiner Meinung nach ist es eine Limitation, dass es ein Artikel ist und daher einige Angaben fehlen.

47. Auch die Stärken des Artikels werden bei einem „Feature Article“ nicht angegeben. Meiner Meinung nach ist der Artikel aber trotzdem gut für die Arbeit geeignet, da er gute Quellen enthält wie das „Health Literacy Universal Precautions Toolkit“.

48. Ja, der Referenzstil ist einheitlich.

49. Ja, meiner Meinung nach haben die Ergebnisse einen Nutzen für die Pflegepraxis. Dieser Artikel gibt sehr genau Auskunft über die Möglichkeiten zur Verbesserung der schriftlichen Kommunikation. Diese Verbesserungsvorschläge können in der Praxis sehr gut umgesetzt werden. Zusätzlich sind sie angelehnt an das Health Literacy Universal Precautions Toolkit der Agency for Healthcare Research and Quality, dessen Anwendung in der Literatur häufig empfohlen wird, da es eine Art Richtlinie ist.

50. Die Vorteile für die Pflegepraxis sind indirekt.

Opportunities for Nurses to increase parental health literacy: A discussion paper

Johnston, R. et al (2015)

Da es ein „Discussion Paper“ ist, wurden 19 (= 86,36 %) von 22 passenden Punkten erreicht.

1. Ja der Titel enthält alle relevanten Informationen.
 2. Ja, der Titel gibt den Inhalt des gesamten Texts wieder.
 3. Es gibt im Abstract den Background, das Ziel des Artikels und die Ergebnisse.
Es gibt keine Auskunft über die Methode und Forschungsempfehlung.
 4. Der Abstract kann auch ohne Lesen des gesamten Artikels verstanden werden.
 5. Es gibt keine Unstimmigkeiten zwischen dem Abstract und dem Text.
 6. Die Introduction beginnt mit einem breiten Einstieg und wird dann spezifischer.
Die Relevanz ist vorhanden und auch Definitionen sind zu finden.
 7. Gibt es bei einem „Discussion Paper“ nicht.
 8. Gibt es bei einem „Discussion Paper“ nicht.
 9. **2 der 8 zitierten Quellen sind älter als 10 Jahre, jedoch handelt es sich bei einer Quelle um eine Definition.**
 10. Ja, der Begriff Gesundheitskompetenz ist definiert.
 11. Gibt es bei einem „Discussion Paper“ nicht.
 12. Gibt es bei einem „Discussion Paper“ nicht.
 13. Das Ziel der Studie ist es, aufzuzeigen, wie Erziehungsberechtigte bei der Suche nach Hilfe in Kindergesundheitsfragen von Gesundheitskompetenz beeinflusst werden. Außerdem wird die Relevanz von Gesundheitskompetenz für die Pflege aufgezeigt. Vorschläge zur Steigerung von Gesundheitskompetenz erbracht.
- Da der Artikel ein „Discussion Paper“ ist, gibt es keine detaillierten Angaben zum Methodenteil.
37. Die Hauptresultate wurden in die folgenden 3 Kategorien eingeteilt: Gesundheitskompetenz, Relevanz der Gesundheitskompetenz für die Pflege und Möglichkeiten um die Gesundheitskompetenz der Erziehungsberechtigten zu steigern.
 38. Ja die Ergebnisse sind sehr gut gegliedert.
 39. Es gibt 2 Darstellungen, die gut verständlich sind.

40. Ja, die Ergebnisse beantworten den Forschungszweck der Studie.
41. Die Pflege muss jeden Kontakt mit Familien nützen, wenn sie die Gesundheitskompetenz der Familien steigern will. Dazu brauchen sie Werkzeuge und Techniken. Die verfügbare Information muss klar und verwendbar und evidenzbasiert sein.
42. Ja, die Autoren haben ihre Ergebnisse mit anderen Studien verglichen.
43. Ja, die Conclusion des Autors ist aufgrund der gefundenen Ergebnisse gerechtfertigt.
- 44. Die Vorschläge sind zwar nicht separat aufgegliedert, dennoch vorhanden. Die Informationsdokumente von Anlaufstellen für Eltern und Kinder müssen auf ihre Relevanz überprüft werden. Das Material soll auf Höhe der 6. – 7. Schulstufe verfasst sein. Es soll nach Guidelines entwickelt werden und danach mit Instrumente überprüft werden. Die Pflege soll auch Empfehlungen für vertrauenswürdige Webseiten abgeben, da es für Eltern schwierig sein kann, sich im Internet zurecht zu finden.**
- 45. Der Autor gibt keine Forschungsempfehlung.**
46. Beim „Discussion Paper“ gibt es keine Angabe über Limitationen des Autors oder der Autorin, aber meiner Meinung nach ist eine klare Limitation, dass es beim „Discussion Paper“ keine genauen Angaben zu einigen Punkten wie der Methode gibt.
47. Beim „Discussion Paper“ gibt es keine Angabe über die Stärken der Studie vom Autor, aber meiner Meinung nach beinhaltet dieses „Discussion Paper“ viele spannende und wichtige Sichtweisen, daher ist es für diese Arbeit dennoch gut brauchbar.
48. Ja, der Referenzstil ist einheitlich.
49. Ja, meiner Meinung nach haben die Ergebnisse einen Nutzen für die Praxis. Die Ergebnisse zeigen die Relevanz von Gesundheitskompetenz für die Pflege auf. Die Pflege hat eine gute Position, um die Gesundheitskompetenz von Eltern zu steigern. Das Bewusstsein der mitwirkenden Faktoren bezüglich Gesundheitskompetenz müssen von der Pflege und dem anderen Gesundheitspersonal erkannt werden.
50. Die Vorteile sind indirekt.

Bewertungskriterien „Systematic Review“

1. Wie wird die Relevanz dieses Systematischen Reviews herausgearbeitet?
2. Was ist die Lücke in der bisherigen Literatur?
3. Was ist die Forschungsfrage und ist diese explizit und klar?
4. Was ist das Design dieser Studie?
5. Mit welchen Suchbegriffen wurde die Literatursuche durchgeführt und sind diese angemessen?
6. Wo wurde nach Literatur gesucht und ist das ausreichend?
7. Wurde die Suche auf einen bestimmten Zeitraum beschränkt?
8. Wann fand die Suche statt?
9. Was sind die Ein- und Ausschlusskriterien für gefundene Studien und sind diese angemessen für die Forschungsfrage?
10. Ist der gesamte Vorgang in der Literatursuche (Suchbegriffe, Jahr, Datenbank, etc.) nachvollziehbar?
11. Wie viele Studien wurden ursprünglich gefunden?
12. Wie viele Duplikate wurden ausgeschlossen?
13. Wie viele Volltexte wurden gelesen?
14. Wie viele Studien wurden inkludiert und welches Design haben die inkludierten Studien?
15. Wurde die Auswahl der Studien von 2 ReviewerInnen durchgeführt?
16. Wurden die Qualität der gefundenen Studien kritisch bewertet und womit wurde das gemacht?
17. Wurde die kritische Bewertung der Qualität der Studien durch 2 ReviewerInnen durchgeführt?
18. Wie wurden die Daten aus den Studien extrahiert und war dies angemessen?
19. Welche Informationen wurden aus den inkludierten Studien herausgefiltert?
20. Wie wurden die Daten aus den Studien zusammengefasst und war dies angemessen?
21. Wurde eine Metaanalyse durchgeführt?
22. Wie ist die methodologische Qualität der inkludierten Studien?
23. Welche Interventionen wurden in den inkludierten Studien untersucht?
24. Wie wurde das Outcome in den inkludierten Studien gemessen?

25. Inwieweit kamen die AutorInnen zum Schluss, dass nicht-pharmakologische Maßnahmen zur Behandlung von PatientInnen mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen nützlich sind?
26. Was sind die Stärken und Schwächen der Studie?
27. Welche Empfehlungen für Forschung und Praxis haben die AutorInnen gemacht und leiten sich diese aus den Ergebnissen ab?
28. Hat dieser Systematische Review einen Nutzen für die Pflegepraxis?

An Innovative Fever Management Education Program for Parents, Caregivers, and Emergency Nurses

Alqudah, M. et al. (2014)

Da diese Studie kein Systematik Review ist, konnten 20 (= 80,0 %) von 25 passenden Punkten erreicht werden.

1. Die Relevanz des Themas ist damit begründet, dass das Symptom Fieber eines der häufigsten Gründe für einen Besuch in der Notaufnahme ist. Kontinuierliche Schulungen der Erziehungsberechtigten bezüglich Fieber würde das Wissen und die praktische Umsetzung verbessern und die Ängste minimieren. Zusätzlich ist die Pflege häufig die Hauptquelle für Informationen bezüglich Fieber, daher ist dieses Thema auch für die Pflege sehr relevant.
2. Es gibt kein Schulungsprogramm oder -material für Fiebermanagement speziell für Erziehungsberechtigte mit mangelnder Gesundheitskompetenz.
3. Es gibt keine Forschungsfrage, aber das Ziel der Studie ist es, die Entwicklung eines einzigartigen Edukationsprogramms für Fieber genau zu beschreiben, das speziell für Erziehungsberechtigte mit mangelnder und problematischer Gesundheitskompetenz benützt werden kann. Das Ziel ist klar und explizit.
4. Das Design ist ein Literaturreview, aber kein systematisches Review.
5. Die Suche wurde mit den Suchbegriffen child, education, fever, health literacy und emergency nursing durchgeführt. Diese sind für die Suche angemessen.
6. Die Suche wurde in den Datenbanken Cochrane Library, Google Scholar, MEDLINE, OVID, ScienceDirect und Scopus durchgeführt. Diese Datenbanken sind ausreichend.

7. Es gibt keine Angaben über einen eingeschränkten Zeitraum, aber im Methodenteil und in der dazugehörigen Tabelle findet man Literatur von 2006 – 2013.
- 8. Es gibt keine Angaben darüber, wann die Suche stattfand.**
9. Es gibt keine Angaben über Ein,- und Ausschlusskriterien der Studien, aber im Methodenteil ist vermerkt, dass die Suche in 2 Etappen stattfand. In der ersten Etappe wurden Studien inkludiert, die sich mit Gesundheitskompetenz und Forschung bezüglich den Schulungsprogrammen für Menschen mit mangelnder Gesundheitskompetenz beschäftigten. Die 2. Etappe beschäftigte sich mit Forschung zu Fieber beziehungsweise Kindern mit Fieber und den besten Erfolgsmethoden.
- 10. Die Literatursuche ist nicht gut nachvollziehbar, da es kein Flussdiagramm und somit zu wenig Informationen über die Studienauswahl gibt.**
11. Es gibt keine explizite numerische Angabe, aber für die 1. Etappe werden 9 Studien im Methodenteil angeführt, für die 2. Etappe werden 6 Studien für Schulungsprogramme erwähnt.
- 12. Es gibt keine Angaben über Duplikate.**
- 13. Es gibt auch keine Angaben über die gelesenen Volltexte.**
14. Wenn man die Studien, die im Methodenteil ausgewiesen werden summiert, sind es 15 Studien.
15. Die Auswahl der Studien muss nicht von 2 Reviewern beziehungsweise Reviewerinnen durchgeführt werden, da es kein systematisches Review ist und diese Frage daher nicht beantwortbar ist.
- 16. Die Qualität wurde zwar nicht kritisch bewertet.**
17. Die Studie muss nicht von 2 Reviewern beziehungsweise Reviewerinnen kritisch bewertet werden, da es kein systematisches Review ist und diese Frage daher nicht beantwortbar ist.
18. Die Daten wurden aus internationalen Richtlinien, evidenzbasierten Informationsblättern und systematischen Reviews extrahiert.
19. Aus den Studien wurden Informationen herausgefiltert über das allgemeine Wissen über Fieber, die richtige Methode des Fiebermessens, Fiebermedikamente, Maßnahmen bei Fieber jene nicht empfohlen werden, physikalische Methoden zur Reduktion von Körpertemperatur, Zeitpunkt ab wann ärztliche

Behandlung notwendig ist und Notfallkontakte wie zum Beispiel Telefonnummern.

20. Es gibt keine Angaben über die Zusammenfassung der Studien.

21. Nein, es wurde keine Metaanalyse durchgeführt.

22. Es wurden einige evidenzbasierte Informationsblätter und internationale Richtlinien beziehungsweise systematische Reviews inkludiert.

23. In den Studien der ersten Etappe wurden die Gesundheitskompetenz und Forschung zu Schulungsprogrammen für Menschen mit mangelnder Gesundheitskompetenz untersucht. In den Studien der 2. Etappe wurden Schulungsinterventionen für das Fiebermanagement untersucht.

24. Es gibt keine Angaben über die Messung der Ergebnisse der Studien.

25. Die Frage kann nicht beantwortet werden, da sie keinen Zusammenhang mit dem Thema der Studie hat.

26. Es gibt keine Angabe über Stärken und Schwächen des Autors beziehungsweise der Autorin. Eine Schwäche ist, dass der Methodenteil nicht genau beschrieben ist und dadurch die Transparenz nicht optimal hergestellt werden kann. Jedoch ist sicher eine Stärke, dass viele evidenzbasierte Informationen und internationale Richtlinien beziehungsweise systematische Reviews inkludiert wurden und daher ist dieses Review für die Arbeit relevant.

27. Es gibt keine Forschungsempfehlung des Autors oder der Autorin, aber die Praxisempfehlung ist, dieses entwickelte Programm bestehen aus der Fieberbroschüre und der DVD zu nützen und sie in Notaufnahmen zu verteilen beziehungsweise online zur Verfügung zu stellen, um das Wissen und die praktischen Handlung bezüglich Fiebermanagement zu verbessern und dadurch die Notaufnahme zu entlasten.

28. Ja, dieses Review hat einen Nutzen für den Patienten beziehungsweise für die Patientin und die Pflegepraxis. Die Pflegenden in Notaufnahme beeinflussen das Wissen und die praktischen Handlungen der Patienten und Patientinnen. Mit diesem Programm können sie einheitliche und evidenzbasierte Informationen an die Patienten und Patientinnen weitergeben. Durch die Orientierung an Richtlinien zur Gestaltung von schriftlichem Material ist das Schulungsmaterial zusätzlich für alle Menschen mit verschiedenem Level von Gesundheitskompetenz verständlich.

Empowering parents for evidence-based fever management: An integrative review

Monsma, J., Richerson, J. & Sloan, E. (2013)

Da diese Studie kein Systematik Review ist, konnten 23 (= 92,0 %) von 25 passenden Punkten erreicht werden.

1. Die Relevanz des Themas ist damit begründet, dass es bezüglich Fieber viele Irrglauben bei Erziehungsberechtigten gibt und daher oft eine aggressive medikamentöse oder physikalische Behandlung vorgenommen wird. Zusätzlich wird das Gesundheitssystem wie die Notaufnahme überbeansprucht wodurch viele unnötige Kosten für die Familie und das Gesundheitssystem entstehen.
2. Erziehungsberechtigte haben keine beweisbasierten Tools, fürchten negative Ergebnisse von Fieber und priorisieren die Reduktion von Fieber über das Erheben der Quelle des Fiebers.
3. Es gibt keine Forschungsfrage, aber das Ziel der Studie ist eine Analyse der beweisbasierten Literatur bezüglich Schulungsinterventionen, um Erziehungsberechtigte zu befähigen, Fieber bei Kindern mit beweisbasierten Strategien und weniger zu Angst zu bewältigen. Das Ziel ist klar und explizit.
4. Das Design ist ein integratives Literaturreview, aber kein systematisches Review.
5. Die Suche wurde mit den Suchbegriffen fever phobia; fever and children and parent; health knowledge, health literacy, attitudes and practice; and fever, culture, ethnology, social class and education durchgeführt. Diese waren für die Suche angemessen.
6. Die Suche wurde in den Datenbanken PubMed, CINAHL, Embase, Cochrane Review, Web of Science, PsychInfo, Medline Plus, Google Scholar und Joanna Briggs Institut durchgeführt. Diese Datenbanken sind ausreichend.
7. Die Suche wurde von 1980 bis 2011 beschränkt.
8. Die Suche fand zwischen 9. September 2011 und 1. März 2012 statt.
9. Einschlusskriterien waren der eingeschränkte Zeitraum der Publikation der Studien, englische Sprache, Kinder von 3 Monaten bis 18 Jahren, Ansichten von Erziehungsberechtigten und praktisches Fiebermanagement um das Wissen und die Gesundheitskompetenz von Erziehungsberechtigten zu erhöhen. Außerdem wurden internationale Studien inkludiert um eine Verzerrung zu

vermeiden. Ausgeschlossen wurden Studien mit Fieber bei chronischen Erkrankungen, Pestfieber, Fieberkrämpfe und Fieber bei Kinder unter 3 Monaten.

10. Die Literatursuche ist sehr gut nachvollziehbar.
11. Es wurden ursprünglich 5788 veröffentlichte, eine unveröffentlichte Studie gefunden, zusätzlich wurden noch 15 „Citation Reviews“ gefunden.
12. Nach dem Verfeinern der Suche mit MeSH-Terms und nach dem Ausschließen der Duplikate wurden Studien 5395 ausgeschlossen.
13. Es wurden 77 Volltexte geprüft.
14. Es wurden 18 Studien inkludiert. Es wurden 3 RCT inkludiert, 2 quasi-experimentelle Studien, 8 nicht-experimentelle oder qualitative Studien, 2 Meinungen von nationalen Experten basiert auf wissenschaftlichen Ergebnissen und 3 Meinungen von Experten basiert auf experimentellen Beweisen wie beispielsweise Fallstudien.
15. Die Auswahl der Studien muss nicht von 2 Reviewern beziehungsweise Reviewerinnen durchgeführt werden, da es kein systematisches Review ist und diese Frage daher nicht beantwortbar ist.
16. Die Qualität wurde mit der „John Hopkins Nursing Evidence-based Practice Rating Scale“ kritisch bewertet. Die Studien wurden nach ihrer Qualität eingeteilt. Eine A-Studie hat eine sehr hohe Qualität, wobei C-Studie große Schwachstellen aufweisen und deren Glaubwürdigkeit in Frage gestellt werden muss.
17. Die Studie muss nicht von 2 Reviewern beziehungsweise Reviewerinnen kritisch bewertet werden, da es kein systematisches Review ist und diese Frage daher nicht beantwortbar ist.
18. Die Daten wurden nach internationalen Richtlinien, evidenzbasierten Informationsblättern und systematischen Reviews extrahiert.
19. Aus den Studie wurden Informationen herausgefiltert über das allgemeinen Wissen über Fieber, die richtige Methode des Fiebermessens, Fiebermedikamente, Maßnahmen bei Fieber jene nicht empfohlen werden, physikalische Methoden zur Reduktion von Körpertemperatur, Zeitpunkt ab wann ärztliche Behandlung notwendig ist und Notfallkontakte wie zB. Telefonnummern.

20. Für die Zusammenfassung der Daten wurde die Datenevaluation, -analyse und -synthese in integrativen Reviews von Whittimore and Knafl (2005) verwendet.

21. Nein, es wurde keine Metaanalyse durchgeführt.

22. Es wurden methodologische Strategien für die Datenevaluation, -analyse und -synthese in integrativen Reviews vorgeschlagen von Whittimore and Knafl (2005) verwendet.

23. Eine Studie verglich das Ergebnis eines interaktiven Fieberprogramms mit dem einer Broschüre. Die dritte Studie beurteilte die Effektivität eines kurzen Gesprächs mit anschließender Diskussion und bildlichen und schriftlichen Interventionen. Die vierte Studie erstellte ein vorrausschauendes Anleitungsinstrument her. Es handelte sich um eine Broschüre, die Erziehungsberechtigte anleiten soll wann sie ärztliche Behandlung brauchen. Die fünfte Studie machte einen Vergleich von Handouts aus dem Internet bezüglich Fiebermanagements.

24. Es gibt keine Angaben über die Messung der Ergebnisse der Studien.

25. Die Frage kann nicht beantwortet werden, da die Frage keinen Zusammenhang mit dem Thema der Studie hat.

26. Stärken sind, dass beweisbasierte Interventionen zusammen mit von konkreten Tools das Wissen und die Einstellungen beziehungsweise die Selbsteinschätzung von Erziehungsberechtigten kurzfristig beeinflussen.

Limitationen der Studien waren, dass viele Studien auf nicht-experimentell oder quasi-experimentell und auf Selbsteinschätzung basierten. Manche Studien haben auch eine kleine Samplegröße oder wurden außerhalb der USA durchgeführt, daher können sie nicht auf die Bevölkerung der USA übertragen werden. Zusätzlich sind die entwickelten Tools der Studie nicht brauchbar für farbenblinde Menschen.

27. Die weiterfolgende Forschung soll auf den analysierten Studien dieses Reviews aufbauen. Es ist wichtig zu verstehen, dass der zeitliche Aspekt ausschlaggebend ist, ob eine Edukation effektiv ist. Weitere Forschung bezüglich der wichtigsten Hintergrundfaktoren von Einstellungen und dem Verhalten von Erziehungsberechtigten wird hilfreich sein, um den Fokus für zukünftige Edukationsinterventionen zu steuern. Zusätzlich sollen Studien bezüglich der Dauerhaftigkeit der Strategien gemacht werden.

Nurse Practitioners sind in einer guten Position um die wichtigen und häufigsten Gesundheitsprobleme in Angriff zu nehmen. Sie könnten die Fähigkeiten der Eltern aufbauen, indem sie praktische Demonstrationen durchführen wie zum Beispiel das Fiebermessen. Auch die Entwicklung eines Fieber-Toolkits wäre hilfreich für die Nurse Practitioners um die Erziehungsberechtigten zu unterstützen.

28. Ja, es dieses Review hat einen Nutzen für die Pflegepraxis. Erziehungsberechtigte benützen bezüglich Fiebermanagements ihr Wissen und Informationen, die sie bekommen. Meist sind diese aber nicht beweisbasiert und deshalb werden sie übereifrig. Dadurch können Kosten für die Familie und die Gesellschaft entstehen und Risiken für das Kind entstehen. Durch Nurse Practitioners können diese Risiken durch beweisbasierte, kulturell sensitive und wichtige Edukationsinterventionen reduziert werden und dadurch auch die Ängste und Konsequenzen reduziert werden.

Patient comprehension of discharge instructions form the emergency department: An literature review

Alberti, TL. & Nannini, A. (2011)

Da diese Studie kein Systematik Review ist, konnten 21 (= 84,0 %) von 25 passenden Punkten erreicht werden.

1. Das Patientenverständnis ist der Schlüssel für eine erfolgreiche Gesundheitsversorgung. Ein mangelhaftes Verständnis kann viele negative Folgen wie ineffektive Versorgung, mangelhafte Compliance, häufige Verwendung des Gesundheitssystems und einen allgemein schlechteren Gesundheitszustand haben.
2. Es gibt kein Review, das Vermittlungstechniken bezüglich der Entlassungen untersucht, Methoden zur Erhebung des Patientenverständnisses überprüft und eine Ermittlung der effektivsten Strategien zur Überprüfung des Patientenverständnisses zu bestimmt.
3. Es gibt keine Forschungsfrage, aber das Ziel der Studie ist eine Evaluierung des Patientenverständnisses bezüglich des Entlassungsmanagements der Notaufnahme. Das Review erhebt Interventionen um Entlassungsanordnungen anzubieten, untersucht Methoden, um das Patientenverständnis zu erhe-

ben und identifiziert die effektivsten Strategien, um das Verständnis sicher zu stellen. Das Ziel ist klar und explizit.

4. Das Design ist ein Literaturreview, aber kein systematisches Review.
5. Die Suche wurde mit den Keywords comprehension, patient understanding, discharge instructions, emergency, emergency medicine, UC and NP durchgeführt. Diese sind für die Suche angemessen.
6. Die Suche wurde in den Datenbanken, CINAHL, Health Reference Center Academic, Ovid, Cochrane Review, Medline durchgeführt. Diese Datenbanken sind ausreichend.
7. Die Suche wurde von Jänner 1995 bis Mai 2010 beschränkt.
8. Die Suche fand zwischen 9. September 2011 und 1. März 2012 statt.
9. Einschlusskriterien waren originale Volltexte von Forschungsartikeln, verfasst in englischer Sprache und publiziert zwischen Jänner 1995 und Mai 2010. Teilnehmer jedes Alters aus Notaufnahmen und Akutsettings wurden inkludiert. Ausgeschlossen wurden unveröffentlichte Studien wie Dissertationen und Abschlussarbeiten sowie alle Settings außer Notaufnahmen und Akutsettings.
10. Die Literatursuche ist sehr gut nachvollziehbar.
11. Es wurden ursprünglich 618 veröffentlichte Studien gefunden.
12. Es wurden 248 Duplikate ausgeschlossen.
13. Es wurden 87 Volltexte geprüft.
14. Es wurden 21 Studien inkludiert. Es wurden 4 RCT, 4 Interventionsstudien, 6 Korrelationsstudie, 2 Querschnittsstudien, 3 deskriptive Studien, eine prospektive Studie und eine Beobachtungsstudie eingeschlossen.
15. Die Auswahl der Studien muss nicht von 2 Reviewern beziehungsweise Reviewerinnen durchgeführt werden, da es kein systematisches Review ist und diese Frage daher nicht beantwortbar ist.
16. Die Studien wurden nach ihrer Qualität in 7 Levels eingeteilt, wovon Level 1 zum Beispiel die Metaanalyse ist. Es wurde das System „hierarchy of evidence system“ von Melnyk (2004) verwendet.
17. Die Studie muss nicht von 2 Reviewern beziehungsweise Reviewerinnen kritisch bewertet werden, da es kein systematisches Review ist und diese Frage daher nicht beantwortbar ist.
18. **Es gibt keine Angabe über die Extraktion der Daten**

19. Aus den Studien wurden Informationen über Vermittlungsstrategien der Entlassung, verschiedene Messmethoden des Patientenverständnisses und der Gesundheitskompetenz herausgefiltert.
- 20. Es gibt keine Angabe über die Zusammenfassung der Studie.**
- 21. Nein, es wurde keine Metaanalyse durchgeführt.**
22. Die methodologische Qualität der inkludierten Studie ist unterschiedlich.
- 23.** Die Interventionen der Studien sind handgeschriebenes Entlassungsmaterial teilweise kombiniert mit mündlichen Anleitungen, teilweise diagnosespezifischen Interventionen und Broschüren für das Entlassungsmanagement beziehungsweise Multimediainterventionen wie Videos, Cartoons oder Darstellungen
- 24. Es gibt keine Angaben über die Messung der Ergebnisse der Studien.**
25. Die Frage kann nicht beantwortet werden, da die Frage keinen Zusammenhang mit dem Thema der Studie hat.
26. Stärken sind, dass beweisbasierte Interventionen zusammen mit konkreten Tools das Wissen und die Einstellungen beziehungsweise die Selbsteinschätzung von Erziehungsberechtigten kurzfristig beeinflussen. Limitationen der Studie sind, dass nur 4 Studien RCTs sind.
27. Die weiterfolgende Forschung soll weitere Untersuchungen durchführen, um effektive und auch alternative Vermittlungsmethoden zu entwickeln. Auch das Verständnis der Interventionen soll weiter erforscht werden. Es wurde eine weitere Forschungsmöglichkeit für Nurse Practitioners entdeckt. Der Effekt der Vermittlung von Entlassungsmanagement durch Nurse Practitioners soll im Vergleich zu anderen Anbietern untersucht werden.
- Um das Patientenverständnis bezüglich Entlassungsmanagements sicherzustellen, ist die Vereinfachung von Entlassungsmaterial wichtig. Dieses Berufsfeld wäre ein potentielles Feld für die Nurse Practitioners. Diese können die normale Versorgung in Notaufnahmen oder Akutsettings auch verbessern, indem sie alternative Vermittlungsstrategien entwickeln. Zusätzlich sollten die Patienten und Patientinnen nicht gefragt werden, ob sie alles verstanden hätten, sondern was sie nicht verstanden haben oder es sollen durch die „Teach-Back-Methode“ ihr Verständnis überprüft werden.
28. Ja, dieses Review hat einen Nutzen für die Pflegepraxis. Das Review hat herausgefunden, dass Multimediainterventionen und einfacher Text mit Darstel-

lungen die beste Wirkung für das Verständnis zeigt und dass die „Teach-Back-Methode“ verwendet werden soll, um das Verständnis zu überprüfen. Nurse Practitioners sollen neue Schulungsmethoden entwickeln, um das Verständnis zu verbessern und auch Advanced Practice Nurses können durch Forschung zum Fortschritt beitragen.

Bewertungskriterien „Quantitative studies“

Title

1. Does the title contain all relevant information? (population, variables, methods, setting)
2. Does the title reflect the content of the whole text?

Abstract

3. What elements can be read out of the abstract? What elements are missing?
4. Can the abstract be understood without reading the whole text?
5. Are there inconsistencies between abstract and the text?

Introduction

6. What parts can be read out of the introduction? What is missing?
7. What is the research problem?
8. Does the introduction contain a recent review of the literature?
9. Is the used literature up-to-date (5-10 years)?
10. Are there definitions mentioned?
11. What are the central variables? Are there dependent and independent variables (if applicable)?
12. What is the research gap?
13. What is the purpose of the study and/or the research questions?

Methods

14. What parts can be read out of the methods section? What is missing?

15. Are the methods sufficiently described in order to permit a replication of the study?

Design

16. What is the research approach?

17. What is the research design?

18. Is the design appropriate for the research questions (purpose)?

Sample

19. What is the sample?

20. What are the procedures for choosing the sample?

21. Does the procedures for choosing the sample bias the results?

22. What is the response rate?

23. Were there refusals, dropouts or deaths?

24. Is the sample appropriate for answering the research questions (purpose)?

Ethical considerations

25. Is there an approval of the ethical commission?

26. Was informed consent obtained? If no, would it have been possible?

Setting

27. What is the setting for data collection?

28. Is the setting appropriate for answering the research questions (purpose)?

Experiment (if applicable)

29. What is the intervention?

30. Is the intervention described in sufficient detail?

31. Do the participants know whether they received the intervention or not?

32. Would it have been possible to blind the participants, the staff and the researchers?

33. Are there any other factors related to the intervention, which might have influenced the outcomes?

Data collection

34. What is the data collection method?

35. Is the data collection method reliable and valid?

36. Is the data collection method appropriate for the research design?

37. Does the data collection method bias the results?

Data analysis

- 38. What statistical methods are used to analyze the data?
- 39. What is the level of significance?
- 40. Is the method for data analysis appropriate for answering the research questions (purpose)?

Results

- 41. What are the main findings?
- 42. Are the results organized in a way that is easy to understand?
- 43. Are the tables and figures easy to understand?
- 44. Do the results answer the research questions (purpose)?
- 45. Are the results present in an objective way?

Discussion

- 46. What parts can be read out of the discussion? What is missing?
- 47. Does the author compare his main findings with results from literature?
- 48. Are the authors' conclusions justified by the results found in the study?
- 49. Does author give implications for nursing practice?
- 50. Does author give implications for further nursing research?
- 51. What are the major limitations of the study (from the author's point of view and from your point of view)?
- 52. What are the major strengths of the study (from the author's point of view and from your point of view)?

Reference list

- 53. Is there a consistent reference style?

Using research results

- 54. Do the results have benefits for nursing practice? (in your opinion)
- 55. Are those benefits for nursing practice direct or indirect ones?

African American Parents'/Guardians' Health Literacy and Self-Efficacy and Their Child's Level of Asthma Control

Wood, MR. et al. (2009)

Es wurden 40 (= 80,0 %) von 50 passenden Punkten erreicht.

1. **Im Titel fehlen das Setting und das Design.**
2. Ja, der Titel gibt den Inhalt des gesamten Texts wieder.
3. **Beim Abstract fehlt die Empfehlung für weitere Forschung**
4. Die Beschreibung kann auch ohne Lesen des gesamten Artikels verstanden werden.
5. Es gibt keine Unstimmigkeiten zwischen der Beschreibung und dem Text.
6. **Die Introduction beginnt mit einem breiten Einstieg und wird dann spezifischer. Das Forschungsproblem und die Relevanz sind vorhanden. Auch die Forschungslücke und das Forschungsziel sind vorhanden, jedoch fehlt die Forschungsfrage.**
7. Das Forschungsproblem ist, dass vor allem afroamerikanische Kinder höhere Raten an Hospitalisierung und eine 260 % höhere Nutzung von Notaufnahmen aufweisen.
8. Ja, die Introduction enthält ein Literaturreview.
9. Nein, es sind nicht alle Quellen der Introduction aktuell, aber die älteren Quellen sind Definitionen, daher ist es zulässig.
10. Die Begriffe Gesundheitskompetenz und Selbstwirksamkeit sind definiert.
11. Die zentralen Variablen sind die Eltern, die Gesundheitskompetenz und das Level der Asthmakontrolle.
12. Es gibt zwar ein paar Studien, die sich mit dem Zusammenhang von Gesundheit und Selbstwirksamkeit beschäftigen, jedoch nur eine, die sich mit Selbstwirksamkeit und Gesundheitskompetenz bezogen auf Asthma beschäftigt.
13. Die Studie untersucht den Zusammenhang zwischen dem Level der Gesundheitskompetenz von Erziehungsberechtigten und ihrer wahrgenommenen Selbstwirksamkeit im Bezug auf das Bewältigen der Asthmaerkrankung ihres Kindes.
14. **Im Methodenteil gibt es keine Angaben über mögliche Verzerrungen, die Rücklaufquote oder Absagen beziehungsweise Ausfälle.**
15. Ja die Methode ist bis auf das Setting ausreichend beschrieben.
16. Es wurde eine quantitative Methode gewählt.
17. Es ist ein quantitatives Design mit einer Befragung mittels Fragebogen.
18. Ja, das Design ist passend.
19. Das Sample sind 196 Erziehungsberechtigte. Die Größe wurde mit einer Poweranalyse ausgerechnet.

20. Es wurde ein Gelegenheitsampling in 2 Praxen von Lungenfachärzten und Lungenfachärztinnen für Kinder und in 5 Kinderarztpraxen in städtischen Mitt-westen durchgeführt.

21. Es gibt keine Angaben über mögliche Verzerrungen.

22. Es gibt keine Angaben über die Rücklaufquote.

23. Es gibt keine Angabe über Absagen oder Ausfälle.

24. Ja, da Sample ist passend.

25. Ja, die Studie wurde von der „University Human Subjects Research Review Committee“ bewilligt.

26. Ja, dem Sampling ist zu entnehmen, dass das Pflegepersonal die Zustimmung einholte.

27. Das Setting der Datenerhebung sind 2 Praxen von Lungenfachärzten und Lungenfachärztinnen für Kinder und in 5 Kinderarztpraxen in städtischen Mitt-westen.

28. Ja dieses Setting ist passend.

Fragen 29 – 33 sind nicht beantwortbar, da die Studie kein Experiment durchführte.

34. Die Erhebungsmethode war ein Fragebogen mit 39 Fragen.

35. Ja, die Datenerhebungsmethode ist reliabel und valide.

36. Ja die Erhebungsmethode ist passend für das Forschungsdesign.

37. Es gibt keine Angaben über mögliche Verzerrungen.

38. Die Datenanalyse erfolgte mit SPSS.

39. Das Signifikanzniveau ist unter 0,05.

40. Ja, die Analysemethode ist passend für das Ziel.

41. Die Hauptergebnisse sind in folgende Kategorien eingeteilt: demografische Daten und Hintergrund von Teilnehmern und Teilnehmerinnen beziehungsweise von Kindern mit Asthma, Bewertung der Gesundheitskompetenz von den Teilnehmenden, die Erwartung der Erziehungsberechtigten bezüglich der Wirksamkeit beziehungsweise bezüglich der Ergebnisse und die auslösenden Faktoren denen Kinder ausgesetzt sind.

42. Die Resultate sind gut in Hauptkategorien aufgeteilt.

43. Die 4 Tabellen sind verständlich.

44. Die Ergebnisse beantworten den Zweck des Artikels.

45. Die Ergebnisse werden objektiv präsentiert.

46. In der Discussion sind keine Schwächen der Studie beschrieben.

47. Ja die Forscherinnen vergleichen ihre Ergebnisse mit Ergebnissen der anderen Literatur.

48. Ja, die Schlussfolgerung ist berechtigt.

49. Ja, es gibt Empfehlungen für die Pflegepraxis.

50. Ja, es gibt Forschungsempfehlungen.

51. Es werden keine Limitationen beschrieben.

52. Es werden keine Stärken beschrieben. Eine Stärke ist das gute Signifikanzniveau und das genaue und zuverlässig Erhebungsinstrument.

53. Ja, der Referenzstil ist einheitlich.

54. Ja, meiner Meinung nach haben die Ergebnisse einen Nutzen für die Pflegepraxis. Diese Studie wies einen schwächeren Zusammenhang zwischen der Gesundheitskompetenz der Erziehungsberechtigten und der Ergebnisse für die Kinder auf, jedoch wurden die Erziehungsberechtigten nach jedem Beratungsgespräch beim ärztlichen Personal vom Pflegepersonal laufend geschult.

55. Die Vorteile für die Pflegepraxis sind indirekt.