

Bachelorarbeit

**Einfluss einer Community Health Nurse
auf die Gesundheitskompetenz von
Patientinnen und Patienten**

eingereicht von

Mareike Fauland

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Nursing Science

(BScN)

Medizinische Universität Graz

Institut für Pflegewissenschaften

Unter der Anleitung von

Schüttengruber Gerhilde, BSc. MSc.

Graz, am 24. Februar 2017

Ehrenwörtliche 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.

24. Februar 2017

Mareike Fauland, eh“

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis / Tabellenverzeichnis	III
Zusammenfassung.....	IV
Abstract.....	V
1. Einleitung	1
1.1. Gesundheitskompetenz.....	1
1.1.1. Formen der Gesundheitskompetenz.....	2
1.1.2. Messung der Gesundheitskompetenz	2
1.1.3. Einfluss der Gesundheitskompetenz	3
1.1.4. Gesundheitskompetenz in Österreich.....	5
1.2. Community Health Nurses	6
1.2.1. Kerngebiete von Community Health Nurses.....	7
1.2.2. Tätigkeitsbereiche.....	8
1.3. Relevanz des Themas und Forschungslücke.....	9
1.4. Forschungsziel und Forschungsfrage	10
2. Methodik.....	11
3. Ergebnisse	13
3.1. Einfluss von zu Hause durchgeführten Rehabilitationsprogrammen auf Gesundheitswissen und Selbsteffizienz.....	18
3.2. Auswirkungen der Interventionen von Community Health Nurses auf gefährdete Personengruppen	24
3.3. Einfluss von Präventionsprogrammen auf Gesundheitswissen und Selbsteffizienz.....	27
4. Diskussion.....	32
4.1. Qualität der Literatur.....	35
5. Schlussfolgerung.....	36
5.1. Empfehlung für Forschung und Praxis	36

6. Literaturverzeichnis	37
7. Anhang - Bewertungsbögen	40

Abbildungsverzeichnis / Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Flowchart zur Literaturrecherche	12
Tabelle 1: Überblick zu den acht ausgewählten Studien	13

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Gesundheitskompetenz eines Menschen ist wichtig, um gesundheitsrelevante Informationen zu erhalten, diese zu verstehen und sie für einen gesundheitsfördernden Lebensstil zu nutzen. Community Health Nurses können zur Wissensvermehrung beitragen und ermöglichen ihren Patientinnen und Patienten eine angemessene Gesundheitsversorgung, sowie ein selbstbestimmtes Leben.

Ziel: Ziel dieser Arbeit ist aufzuzeigen, welchen Einfluss Interventionen von Community Health Nurses auf Gesundheitswissen und Empowerment, speziell auf Selbstmanagement und Selbsteffizienz, haben.

Methode: Es wurde ein Literaturreview durchgeführt. Die Recherche fand zwischen Oktober und Dezember 2016 in den Datenbanken PubMed und CINAHL statt. Die herangezogenen Studien wurden mit dem Bewertungsbogen von Bauer (2014) auf deren Qualität überprüft.

Ergebnisse: Die Interventionen von Community Health Nurses haben einen positiven Effekt auf die Selbsteffizienz und das Selbstmanagement, sowie auf das Gesundheitswissen der Patientinnen und Patienten. Community Health Nurses beeinflussen indirekt die Gesundheitskompetenz und erhöhen diese.

Schlussfolgerung: Durch das erhöhte Gesundheitswissen und den positiven Effekt auf die Gesundheitskompetenz werden die Voraussetzungen für ein selbstbestimmtes Leben geschaffen und den Patientinnen und Patienten die Möglichkeit geboten, angemessene gesundheitsrelevante Entscheidungen zu treffen. Zurzeit enthalten die Datenbanken noch wenig Literatur bezüglich dieses Forschungsthemas. Weitere Studien sollten mit größerer Stichprobenanzahl durchgeführt werden. Des Weiteren ist Forschung hinsichtlich weiterer beeinflussender Faktoren, welche eine Erhöhung der Selbsteffizienz und des Selbstmanagements begünstigen, zu empfehlen.

Schlüsselwörter: patient, influence, effect, health literacy, knowledge, self-efficacy, self-management, community health nurse

Abstract

Background: Health literacy is important to get access to health related information, to comprehend it and to use it for a health promoting lifestyle. Community Health Nurses help patients to enhance their health related knowledge, enable an appropriate health care and a self-determined life.

Aim: The aim of this review is to evaluate the influence of community health nurses on health related knowledge and empowerment, especially on self-efficacy and self-management.

Methods: A literature research was conducted between October and December 2016 in the databases PubMed and CINAHL. The quality of included studies was critically verified by Bauer (2014).

Results: Interventions of the community health nurses have a positive effect on self-efficacy and health related knowledge of patients. Community health nurses have an indirect beneficial influence on health literacy.

Conclusion: Enhanced health related knowledge and the positive effect on health literacy help to establish a self-determined life and provide the opportunity to make appropriate health related decisions. Currently databases contain little literature regarding the research topic. Further studies with a greater sample size need to be done. It is recommended to conduct further research regarding other factors that influence self-efficacy and self-management.

Keywords: patient, influence, effect, health literacy, knowledge, self-efficacy, self-management, community health nurse

1. Einleitung

1.1. Gesundheitskompetenz

Die WHO (World Health Organisation) definiert den Begriff Gesundheitskompetenz als die kognitiven und sozialen Fähigkeiten eines Menschen, welche Einfluss auf das Ausmaß haben, Information zu verstehen und diese gesundheitsfördernd und gesundheitserhaltend anwenden zu können (WHO o.J.). Eine umfassendere Definition des Begriffes bietet das „European Health Literacy Consortium“: Gesundheitskompetenz wird als das Wissen, die Motivation und die Kompetenz eines Individuums, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen und zu beurteilen, sowie die gewonnenen Informationen in das tägliche Leben einzubauen, beschrieben. In den Bereichen Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung soll die verarbeitete Gesundheitsinformation angewendet werden, um adäquate Entscheidungen zu treffen und eine hohe Lebensqualität zu ermöglichen (Sorensen et al. 2012). Um die Gesundheitskompetenz zu erhöhen werden Maßnahmen ergriffen, welche das Gesundheitswissen und die Selbsteffizienz erhöhen. Ein angemessenes Maß an Selbsteffizienz ist notwendig, um das gesundheitsbezogene Wissen umsetzen zu können (Nutbeam 2008).

Das Konzept der Gesundheitskompetenz wird vorrangig in den Vereinigten Staaten von Amerika und Kanada umgesetzt. Mittlerweile gewinnt die Gesundheitskompetenz immer mehr an internationaler Bedeutung und wird besonders im Bereich Public Health angewendet. In Europa wurde das Konzept in die „European Commission White Paper“ und in die Vilnius Deklaration mit einbezogen. Die Weltgesundheitsorganisation nahm das Konzept der Gesundheitskompetenz in ihre gesundheitsfördernde Strategie „Gesundheit 2020“ auf (Sorensen et al. 2015).

Die österreichische Bundesgesundheitskommission entwickelte 2011 bestimmte Rahmengesundheitsziele, mit dem Ziel die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger zu fördern. Priorität hatte die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung. Für die Umsetzung wurde das dritte Rahmengesundheitsziel herangezogen, welches drei Wirkungsziele beinhaltet. Kerninhalte waren sowohl

die Verankerung von Gesundheitskompetenz im Dienstleistungs- und Produktionssektor, als auch die allgemeine Stärkung der Gesundheitskompetenz, besonders die der vulnerablen Personengruppen. Ein weiteres Ziel war es, das derzeitige österreichische Gesundheitssystem und dessen Beteiligte und Betroffene gesundheitskompetenter zu machen (Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz 2016).

1.1.1. Formen der Gesundheitskompetenz

Die Gesundheitskompetenz kann in drei Formen unterteilt werden. Die funktionale Kompetenz beinhaltet die Fähigkeiten lesen und schreiben zu können. Die interaktive Kompetenz umfasst soziale Fertigkeiten. Diese ermöglichen die Teilnahme an alltäglichen Aktivitäten, sowie die Aufnahme von Informationen unterschiedlicher Quellen, welche dabei helfen, sich an die Veränderungen der Umwelt anzupassen. Die kritische Gesundheitskompetenz beinhaltet die Fähigkeit Informationen kritisch zu hinterfragen, um so ein selbstbestimmtes Leben führen zu können. Diese Einteilung zeigt, dass eine erhöhte Gesundheitskompetenz Auswirkungen auf die Autonomie und das Empowerment eines Menschen hat. Eine hohe Gesundheitskompetenz ist abhängig von der kognitiven Entwicklung und den zugänglichen Informationen. Die Aufnahme dieser Information ist wiederum abhängig von persönlichen und sozialen Fähigkeiten, sowie von der Selbsteffizienz eines Menschen (Nutbeam 2000).

1.1.2. Messung der Gesundheitskompetenz

Es gibt unterschiedliche Messinstrumente, um die Gesundheitskompetenz der Menschen zu bestimmen. In den USA wurden für die tägliche Arbeit in Kliniken Messinstrumente entwickelt, welche leicht und schnell anzuwenden sind. Die Tests "Rapid estimate of adult literacy in medicine" und „Test of functional health literacy in adults“, abgekürzt REALM und TOFHLA, wurden bereits getestet und validiert. Eine weitere Messmethode in den USA ist die HALS – Health Activity Literacy Scale. Der Fragebogen beinhaltet fünf große Bereiche: Gesundheitsförderung, Schutz der Gesundheit, Krankheitsprävention, Gesundheitsversorgung und System Navigation. Die Durchführung des Testes dauert durchschnittlich eine Stunde. Die genannten Instrumente bieten einen groben Überblick über die Gesundheitskompetenz eines Menschen. Um alle Teilbereiche der

Gesundheitskompetenz messen zu können müssen weitere Instrumente entwickelt werden. Diese sollen auf die Messung der Fähigkeiten einer Person, Gesundheitsinformation zu erhalten, zu verstehen und sie gesundheitsfördernd anwenden zu können, abgestimmt sein. Des Weiteren werden für unterschiedliche Altersgruppen verschiedene Messinstrumente benötigt (Nutbeam 2008).

Für die HLS-EU Studie wurde ein spezieller Fragebogen entwickelt, welcher gezielt die Gesundheitskompetenz der Teilnehmerinnen und Teilnehmer messen sollte. Der HLS-EU-Q47 beinhaltet 47 Items, wovon jedes mittels vierteiliger Likert-Skala beantwortet werden kann. Die Antwortmöglichkeiten reichen von sehr leicht über leicht und schwer bis hin zu sehr schwer. Weiters ermittelt der Fragebogen Gewohnheiten bezüglich der Nutzung von Gesundheitsangeboten und Gesundheitsverhalten. Er erhebt den subjektiven Gesundheitsstatus und soziale sowie demographische Daten (Sorensen et al. 2015).

1.1.3. Einfluss der Gesundheitskompetenz

Eine passende Gesundheitskompetenz soll Menschen dabei unterstützen, ein hohes Maß an Selbstbestimmtheit aufzuweisen, um angemessene gesundheitsrelevante Entscheidungen treffen zu können (Nutbeam 2008).

Die europäische HLS-EU Studie bezüglich Gesundheitskompetenz zeigt, dass die Kompetenz eines Individuums direkten Einfluss auf das Gesundheitsverhalten, den Gesundheitsstatus, sowie die Nutzung von gesundheitsbezogenen Angeboten hat.

Die Gesundheitskompetenz beeinflusst nachweislich das Verhalten eines Individuums. Eine erhöhte Kompetenz steigert nicht nur die Häufigkeit von sportlicher Aktivität, sondern steht im direkten Zusammenhang mit dem Body-Mass-Index eines Menschen. Die europäische Studie zeigte auch einen Einfluss auf den Alkoholkonsum auf, jedoch keine Änderung der Gewohnheiten von Personen bezüglich ihres Zigarettenkonsums.

Menschen mit einem hohen Level an Gesundheitskompetenz fühlen sich deutlich gesünder im Vergleich zu jenen, die eine niedrigere aufweisen. Der Einfluss auf die Reduktion von gesundheitsbezogener Probleme und chronischer Erkrankungen ist geringer (HLS–EU CONSORTIUM 2012). Chronisch erkrankte Patientinnen und Patienten, welche eine hohe Gesundheitskompetenz aufweisen, kommen mit ihrer

Erkrankung jedoch wesentlich besser zurecht, als Menschen mit einer niedrigen Kompetenz. Durch ihr erhöhtes Wissen ist es ihnen möglich die richtige Dosierung ihrer Medikamente einzuhalten und relevante Vitalfunktionen regelmäßig zu messen. Die Gesundheitskompetenz eines Menschen hat somit einen direkten Einfluss auf das Selbstmanagement einer Patientin beziehungsweise eines Patienten (Bundesministerium für Gesundheit 2014).

Die Gesundheitskompetenz von Menschen hat keine direkte Auswirkung auf die Nutzung von gesundheitsbezogenen Angeboten. Personen mit erhöhter Gesundheitskompetenz suchen häufiger einen Arzt auf, jedoch zeigt sich kein Einfluss auf die Häufigkeit der Nutzung anderer Angebote (HLS–EU CONSORTIUM 2012).

Die HLS-EU Studie zeigte, dass bestimmte Personengruppen besonders gefährdet sind mit einer niedrigen Gesundheitskompetenz zu leben. Vor allem ein niedriger sozialer Status oder schlechte gesundheitliche Voraussetzungen beeinflussen die persönliche Gesundheitskompetenz negativ. Ein erhöhtes Risiko weisen außerdem Menschen mit einer niedrigen Schulbildung und finanziellen Problemen, sowie Personengruppen über 75 Jahren und jene mit mehr als einer chronischen Erkrankung, auf (HLS–EU CONSORTIUM 2012).

Eine begrenzte Gesundheitskompetenz beeinflusst die Gesundheit eines Individuums. Sie führt zu risikoreichen gesundheitsbezogenen Entscheidungen, und zu einem ungeeigneten Management von chronischen Erkrankungen. Menschen mit einer geringen Gesundheitskompetenz nehmen selten an gesundheitsfördernden Aktivitäten teil und weisen eine geringere Therapiemotivation auf. Des Weiteren kommt es zu vermehrten Klinikeinweisungen und einer höheren Morbidität und Mortalität. Eine begrenzte Gesundheitskompetenz der Bevölkerung verursacht besonders hohe Kosten für das Gesundheitswesen. In Kanada betragen die Mehrausgaben durch die geringe Gesundheitskompetenz der Bürgerinnen und Bürger im Jahr 2009 mehr als acht Milliarden US-Dollar. In den Vereinigten Staaten von Amerika ergab eine Erhebung Mehrausgaben von etwa 73 Milliarden US-Dollar (WHO 2013).

1.1.4. Gesundheitskompetenz in Österreich

Der „European Health Literacy Survey“ soll einen Überblick über die Situation der Gesundheitskompetenz der europäischen Bevölkerung schaffen. Insgesamt nahmen sieben Mitgliedsstaaten an der Studie teil. Die Auswertung der Ergebnisse zeigte, dass die Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung im unteren europäischen Durchschnitt liegt. In Österreich weisen 51,6 % der Bürgerinnen und Bürger eine niedrige Gesundheitskompetenz auf. Laut dem „European Health Literacy Survey“ beträgt die durchschnittliche Gesundheitskompetenz der Europäerinnen und Europäer 47,6%. Eine weitere Erhebung in Österreich zeigte starke Schwankungen der gemessenen Gesundheitskompetenz in den einzelnen Bundesländern. Während in Vorarlberg durchschnittlich nur 33,6 % der Bürgerinnen und Bürger eine geringe Gesundheitskompetenz aufweisen, sind es in der Steiermark 63,1 %. Die gefährdeten Personengruppen Österreichs sind den bereits genannten ähnlich. Weiters sind Migrantinnen und Migranten aufgrund der Sprachbarriere gefährdet eine niedrige Gesundheitskompetenz aufzuweisen. In Österreich haben Frauen eine deutlich höhere Gesundheitskompetenz als Männer. Außerdem weisen Menschen mit höherer Bildung meist auch eine höhere Gesundheitskompetenz auf. Die stärksten Einflussfaktoren sind, sowohl in Österreich als auch international, der soziale Status und die finanzielle Deprivation (Pelikan, Röthlin & Ganahl 2013).

Eine Reaktion Österreichs auf die Ergebnisse der HLS-EU Studie war die Erstellung von Wirkungszielen, die die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken sollen. Diese Ziele wirken auf unterschiedliche gesellschaftliche Bereiche ein (Bundesministerium für Gesundheit 2014).

Für die Erhöhung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung, insbesondere von vulnerablen Personengruppen, wurden einzelne Maßnahmen entwickelt. Ein angemessenes Bildungsniveau der Gesamtbevölkerung, vor allem die Fähigkeiten lesen und schreiben zu können, sind essentielle Grundbausteine für eine angemessene Gesundheitskompetenz. Migrantinnen und Migranten stellen eine besonders vulnerable Gruppe dar und sollen durch angebotene Sprachkurse gefördert werden. Programme wie „Gesunde Schule“ sollen weiter ausgebaut werden, um auch die Eltern erreichen zu können. Erziehungsberechtigte stellen eine wichtige Zielgruppe zur Stärkung der Gesundheitskompetenz dar. Durch ihre

Wissenserweiterung wird eine gesundheitsfördernde Erziehung der Kinder angestrebt. Des Weiteren soll in den Sozialversicherungen ein Gesundheitscoaching angeboten werden, welches die Reduktion von gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen zum Ziel hat (Bundesministerium für Gesundheit 2014).

Einem negativen Konsumverhalten soll durch gesundheitsfördernde Werbung entgegengewirkt werden. Gesundheitsschädigende Angebote sollen reduziert und somit der Zigaretten- und Alkoholkonsum verringert werden. Ziel ist es, ein gesundes Konsumverhalten der Bevölkerung zu entwickeln. Die Einrichtung einer Plattform für Gesundheitskompetenz soll als Wissenszentrum und für die Bereitstellung relevanter Informationen dienen (Bundesministerium für Gesundheit 2014).

Der Großteil der erarbeiteten Maßnahmen betreffen das Gesundheitssystem und dessen Beteiligte. Die Anforderungen und Komplexität des Systems soll reduziert werden. Die Sozialversicherungen sollen einen gesundheitskompetenteren Weg einschlagen und somit mehr Rücksicht auf vulnerable Personengruppen nehmen. Die Patientenwege sollen einfacher gestaltet werden und eine klarere Sprache die Verständigung vereinfachen. Um eine angemessene Patientensicherheit zu gewährleisten, sollen die Patientinnen und Patienten aktiv am Versorgungsprozess integriert werden und stets informiert sein. Für nicht deutschsprachige Patientinnen und Patienten sollen bessere Kommunikationssysteme eingeführt werden. Die Stärkung der Kommunikationskompetenz der einzelnen Gesundheitsberufe soll eine Erhöhung der Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten ermöglichen (Bundesministerium für Gesundheit 2014).

1.2. Community Health Nurses

Community Health Nurses sind Gesundheits- und Krankenpflegepersonen. Durch ein breites Spektrum an Wissen in den Bereichen Public Health, Primärversorgung, Pflegewissenschaft und Sozialwissenschaft können sie einzelne Elemente kombinieren, um somit die bestmögliche Versorgung bieten zu können. Sie sind spezialisiert auf die Förderung und die Wahrung der Gesundheit gewisser Gemeinschaften. Community Health Nurses praktizieren in unterschiedlichen Umgebungen und sind in ständiger Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen,

um den besonderen Bedürfnissen der verschiedenen Gemeinschaften gerecht zu werden. Anzutreffen sind sie in Gemeindezentren, Schulen, Krankenhäusern, Jugendzentren und an verschiedenen Außenstellen. Durch die Arbeit mit Individuen, Familien und Gemeinschaften gewinnen die Community Health Nurses stetig an Erfahrung und können diese in die Entwicklung von gesundheitsfördernden Strategien einfließen lassen (Canadian Public Health Association 2010).

1.2.1. Kerngebiete von Community Health Nurses

Die Community Health Nurses fördern das Wissen, die Einstellung und das Verhalten zum Thema Gesundheit in Gemeinschaften. Die Aneignung eines gesundheitsfördernden Lebensstils bewirken sie mittels gewisser Strategien. Community Health Nurses stellen Materialien zur Wissensvermehrung bereit und unterstützen so Gemeinschaften, Familien und Individuen dabei, Verantwortung für ihre eigene Gesundheit zu übernehmen (Canadian Public Health Association 2010).

Die patientennahe Arbeit der Community Health Nurses bietet ihnen die Möglichkeit, riskante Lebensweisen von Gemeinschaften zu erkennen und mittels Anleitung zu einem gesundheitsfördernden Verhalten Krankheiten entgegen zu wirken. In Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und der Regierung sichern sie eine Umgebung mit sauberem Wasser und schadstoffarmer Luft, sowie ausreichend Nahrung für die Gemeinschaften. Mit den Individuen der Gemeinschaften werden Strategien, welche eine gesunde Lebensweise und eine sichere Umgebung fördern, entwickelt. Da die Community Health Nurses im direkten Kontakt mit verschiedenen Gemeinschaften stehen, haben sie die Möglichkeit, Risikogruppen zu erkennen, und die allgemeine Gesundheitsversorgung auf diese aufmerksam zu machen (Canadian Public Health Association 2010).

Die Community Health Nurses sammeln relevante Daten bezüglich der Gesundheit ihrer Patientinnen und Patienten und erstellen Assessments. Durch den Vergleich der gesammelten Daten lassen sich gewisse Verhaltensmuster der Gemeinschaften analysieren und allgemeine Strategien für eine gesundheitsfördernde Lebensweise entwickeln (Canadian Public Health Association 2010).

In Notsituationen wie Erdbeben, Fluten oder Ausbrüchen von infektiösen Krankheiten, beteiligen sich die Community Health Nurses an der Versorgung der

Menschen und wirken somit Krankheiten, sowie Todesfällen und einem sozialen Zusammenbruch entgegen (Canadian Public Health Association 2010).

1.2.2. Tätigkeitsbereiche

Community Health Nurses haben keinen speziellen Tätigkeitsbereich, sondern praktizieren in verschiedenen Bereichen, um ihren Patientinnen und Patienten die bestmögliche Versorgung zu bieten. Sie unterstützen speziell sozial benachteiligte Individuen, Familien und Gemeinschaften. Community Health Nurses erheben den Wissensstand von Individuen, sowie deren Lebensstil und identifizieren so gesundheitsschädigende Verhaltensweisen. In Zusammenarbeit mit dem Patienten oder der Patientin wird eine Strategie erstellt, um das zukünftige Leben gesünder zu gestalten. Die Community Health Nurses verwenden individuelle Methoden, um den Patientinnen und Patienten fehlendes Wissen und Fähigkeiten näher zu bringen. Dies muss stets auf einer Ebene von Vertrauen und Respekt basieren, um Zugang zu den vulnerablen Personengruppen zu finden. Durch das neu gewonnene Wissen hat der Patient oder die Patientin die Fähigkeit den eigenen Gesundheitsstatus selbstständig zu evaluieren und somit die Möglichkeit, frühzeitig Maßnahmen zur Krankheitsprävention zu ergreifen. Die enge Zusammenarbeit mit ihren Patientinnen und Patienten bietet den Community Health Nurses die Möglichkeit Ängste zu erkennen und Maßnahmen zu entwickeln, um diese zu reduzieren. Da besonders bei sozial benachteiligten Menschen verschiedene Barrieren den Zugang zu einer angemessenen Gesundheitsversorgung erschweren, agieren die Community Health Nurses als Bindeglied und eröffnen Wege zu einer passenden Versorgung. Weiters unterstützen sie die Patientinnen und Patienten bei der Terminplanung. Die betreuten Personengruppen sollen jedoch auch auf ein Leben ohne die Hilfe der Community Health Nurses vorbereitet werden. Das oberste Ziel verfolgt die Selbstständigkeit und die Übernahme von Verantwortung für die eigene Gesundheit. Die Community Health Nurses verfolgen die Entwicklung der betreuten Gemeinschaften und evaluieren regelmäßig ihre Strategien (Canadian Public Health Association 2010).

Die Versorgung von Gemeinschaften soll eine Wissensvermehrung und ein gesundheitsförderndes Verhalten gewährleisten. Sie vernetzen einzelne Gruppen,

um so einen Austausch von Informationen innerhalb verschiedener Gemeinschaften zu ermöglichen (Canadian Public Health Association 2010).

Die Arbeit von Community Health Nurses soll die Probleme einzelner Gemeinschaften und vulnerabler Personengruppen der Gesellschaft aufdecken und zu einer Verbesserung des Gesundheitssystems führen (Canadian Public Health Association 2010).

1.3. Relevanz des Themas und Forschungslücke

Die Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung weicht nicht nur im internationalen Vergleich stark vom europäischen Durchschnitt ab sondern auch in Österreich selbst sind große Diskrepanzen zwischen den einzelnen Bundesländern vorhanden (Pelikan, Röthlin & Ganahl 2013). Laut Statistik Austria sind die Österreicherinnen und Österreicher vermehrt von chronischen Erkrankungen betroffen und die Gesundheit der Menschen wird von gewissen Gesundheitsdeterminanten, wie körperlicher Aktivität, Ernährung, Übergewicht, Rauchen und Alkohol stark beeinflusst (Statistik Austria 2015). Um gesundheitsschädigende Faktoren zu reduzieren, muss die Gesundheitskompetenz der einzelnen Bürgerinnen und Bürger gestärkt werden. Die Erhöhung der Gesundheitskompetenz bildet einen wichtigen Grundbaustein, um eine aktive Krankheitsprävention und ein gesundheitsförderndes Verhalten zu ermöglichen (Sorensen et al. 2012).

In Kanada beispielsweise haben Community Health Nurses bereits verschiedene Rollen übernommen, welche den Zweck verfolgen, eine gute Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung zu gewährleisten. Unter anderem wirkt sie präventiv chronischen sowie ansteckenden Erkrankungen entgegen, schult die Bevölkerung, um ein erhöhtes Gesundheitswissen zu entwickeln und ermöglicht einen Zugang zu einer guten Gesundheitsversorgung. Durch die Erhöhung des Wissens ihrer Patientinnen und Patienten unterstützen Community Health Nurses diese, selbstbestimmt angemessene gesundheitsrelevante Entscheidungen zu treffen (Canadian Public Health Association 2010). In dieser Arbeit wird die Community Health Nurse am Beispiel von Kanada beschrieben, da diese dort

bereits seit 1996 ein fixer Bestandteil des Gesundheitssystems ist (Underwood et al. 2010).

Die durchgeführte Literaturrecherche bezüglich dieser Thematik ergab eine geringe Anzahl an Ergebnissen.

1.4. Forschungsziel und Forschungsfrage

Ziel dieser Arbeit ist aufzuzeigen, welchen Einfluss Interventionen von Community Health Nurses auf Gesundheitswissen und Empowerment, speziell auf Selbstmanagement und Selbsteffizienz, haben.

Hieraus ergibt sich die Frage: „Wie beeinflussen Community Health Nurses die Gesundheitskompetenz ihrer Patientinnen und Patienten?“

2. Methodik

Für die Beantwortung der zuvor genannten Forschungsfrage wurde in dieser Arbeit ein Literaturreview durchgeführt.

Die Literaturrecherche fand zwischen Oktober 2016 und Dezember 2016 statt. Zu Beginn wurde eine Vorrecherche durchgeführt. Gesucht wurde mit den Keywords „health literacy“ und „community health nurse“ in der Suchmaschine „Google“. Die weitere Recherche wurde in den Datenbanken PubMed und Cinahl durchgeführt. Die verwendeten Schlüsselwörter lauteten „community health nurse“, „effect“, „influen*“, „patient*“, „knowledge“, „health literacy“, „self management“ und „self efficacy“. Diese Suchbegriffe wurden mittels sogenannter Boolescher Operatoren, „AND“ und „OR“, verknüpft. Die Literaturrecherche in den Datenbanken wurde durch das Kriterium, dass die Artikel nicht älter als zehn Jahre sein durften, begrenzt. Es wurde deutsche und englische Literatur miteinbezogen.

Als Einschlusskriterium für die Literaturrecherche galt, dass in der Studie beleuchtete Interventionen von Community Health Nurses durchgeführt werden mussten, beziehungsweise mussten die gemessenen Auswirkungen auf die Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit Community Health Nurses stehen. Ausgeschlossen wurden Studien, in denen Public Health Nurses eine entscheidende Position übernahmen. Im Gegensatz zu Public Health Nurses konzentriert sich die Arbeit der Community Health Nurses auf das Individuum und nicht die Gemeinschaft als Ganzes (American Public Health Association 2013; Journal of Community & Public Health Nursing o.J.).

Die Datenbankrecherche ergab 408 für diese Arbeit passende Artikel. Durch den Prozess der Studienauswahl, welcher aus Titel-, Duplikat- und Abstract Screening bestand, wurden 397 Studien ausgeschlossen. Diese Studien erfüllten nicht die erwähnten Einschlusskriterien. Die elf übrigen Studien wurden dem Volltext Screening unterzogen. In drei dieser elf Studien spielten Community Health Nurses keine relevante Rolle. Letztendlich wurden acht Studien einer kritischen Bewertung unterzogen und für die Beantwortung der Forschungsfrage herangezogen. Die Studie von Lee et al. wurde trotz ihres Publikationsjahres miteinbezogen, da die

Ergebnisse eine dauerhafte Relevanz aufweisen. Die Qualität der quantitativen Studien wurde mit dem Bewertungsbogen von Bauer (2014) geprüft.

Nach der kritischen Bewertung der Studien wurde eine narrative Datensynthese durchgeführt.

Die Literaturrecherche ist nachstehend in einem Flowchart veranschaulicht.

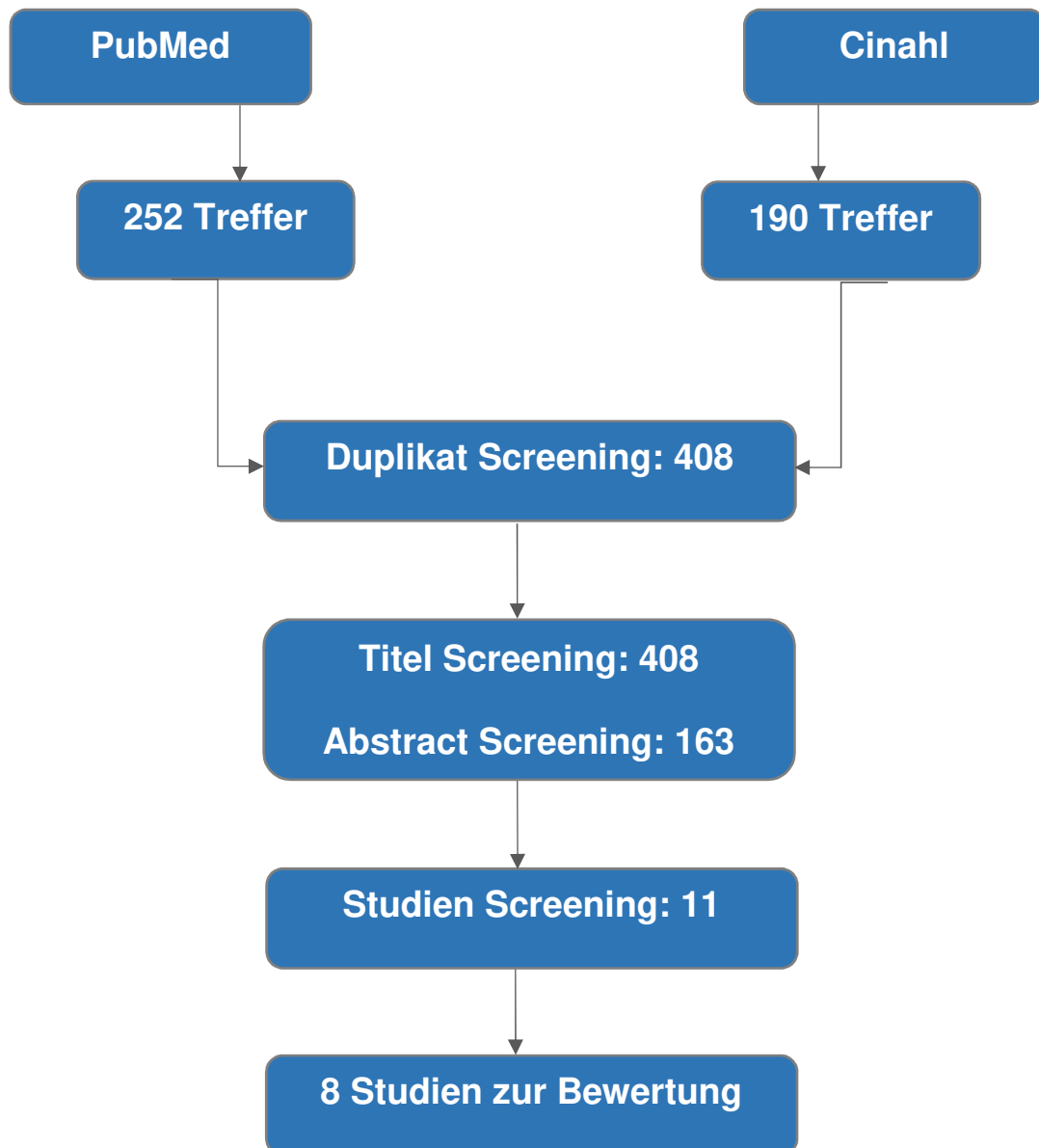


Abbildung 1: Flowchart zur Literaturrecherche

3. Ergebnisse

In der nachfolgenden Tabelle werden die acht Studien, welche verwendet wurden, kurz zusammengefasst und anschließend einzeln in diesem Kapitel beschrieben.

Tabelle 1: Überblick zu den acht ausgewählten Studien

Autor	Jahr	Titel	Land	Ziel	Design	Hauptergebnisse
Poorthagi et al.	2013	The effect of home-based cardiac rehabilitation program on self efficacy of patients referred to cardiac rehabilitation center	Iran	Evaluierung der möglichen positiven Effekte auf die Selbsteffizienz der Teilnehmerinnen und Teilnehmer eines zu Hause durchgeführten kardialen Rehabilitationsprogrammes.	randomized controlled trial	<ul style="list-style-type: none"> Anstieg der Selbsteffizienz der Patientinnen und Patienten in der Interventionsgruppe
Wood-Baker et al.	2012	Clinical trial of community nurse mentoring to improve self-	Australien	Begutachtung eines durch eine Community Health Nurse betreuten Programmes, basierend	randomized controlled trial	<ul style="list-style-type: none"> Keine relevanten Auswirkung auf das Selbstmanagement und die Selbsteffizienz der Patientinnen und Patienten

		management in patients with chronic obstructive pulmonary disease		auf Prinzipien des „Chronic disease self-management programm“.		
Melnick et al.	2008	The influence of nurse home visits, including provision of 3-months of contraceptives and contraceptive counselling, on perceived barriers to contraceptive use and contraceptive use self-efficacy	USA	Evaluierung der möglichen Effekte einer Familienplanungsberatung, angeboten von Community Health Nurses im Rahmen von Hausbesuchen.	randomized controlled trial	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reduktion einzelner Barrieren ▪ Konsequenterer Nutzung von Kontrazeptiva in der intensivierten Interventionsgruppe ▪ Erhöhung des Wissens, sowie der Selbsteffizienz und des Selbstmanagement der Patientinnen
Hilton, Thompson & Moore-Dempsey	2009	Evaluation of the AIDS prevention street nurse program: one step at a time	Kanada	Darstellung des Aufgabenbereiches von im „AIDS Prevention Street Nurse Program“ tätigen Community	participatory research	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erhöhtes Wissen bezüglich sexuell übertragbarer Erkrankungen und HIV/AIDS

				Health Nurses. Evaluierung des Einflusses der Tätigkeiten auf erkrankte beziehungsweise gefährdete Patientinnen und Patienten.		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verbessertes Verhalten in Bezug auf die eigene Gesundheit ▪ Verbesserte Krankheitsprävention ▪ Verbesserter Zugang zu einer Gesundheitsversorgung
Su, Khoshnood & Forster	2015	Assessing impact of Community Health Nurse on improving primary care use by homeless/marginally housed persons	USA	Evaluierung des Einflusses von Community Health Nurses auf die Entscheidung von Obdachlosen, primäre Gesundheitsversorgung zu nutzen.	Quantitativ cross sectional survey	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anstieg der Nutzung von Primärversorgung durch regelmäßigen Kontakt mit einer Community Health Nurse ▪ Erhöhter Wissensstand und Anstieg der Gesundheitskompetenz
Hosseini, Torkani & Tavakol	2013	The effect of community health nurse home visit on self-care self-	Iran	Evaluierung der Auswirkungen einer durch Community Health Nurses zu Hause	quasi-experimental study	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Signifikanter Anstieg der Selbsteffizienz der Patientinnen und Patienten

		efficacy of the elderly living in selected Falavarjan villages in Iran in 2010		durchgeführten Intervention auf Selbsteffizienz und Selbstfürsorge.		
Sit et al.	2005	A quasi-experimental study on a community-based stroke prevention programme for clients with minor stroke	China	Evaluierung der Auswirkungen eines gemeinschaftsbasierten Schlaganfall-Prävention-Programmes auf Patientinnen und Patienten, welche eine transitorische ischämische Attacke erlitten haben.	quasi-experimental study	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deutliche Erhöhung des Wissenstandes ▪ Entwicklung eines gesundheitsfördernden Verhaltens ▪ Selbstständige Messung der Vitalzeichen

Lee et al.	2003	Evaluation of a community-based program for breast self-examination offered by the Community Health Nurse Practitioner in Korea	Korea	Evaluierung von gemeinschaftsbasierten Schulungen bezüglich Selbstabtastung der Brust.	quasi-experimental study	<ul style="list-style-type: none">▪ Wissensstand der Frauen wurde deutlich erhöht▪ Regelmäßige Durchführung der BSE nach der Intervention
-------------------	------	---	-------	--	--------------------------	--

3.1. Einfluss von zu Hause durchgeführten Rehabilitationsprogrammen auf Gesundheitswissen und Selbsteffizienz

Ziel der Studie von Poorthagi et al. (2013) war es, die möglichen positiven Effekte eines zu Hause durchgeführten kardialen Rehabilitationsprogrammes zu evaluieren. Speziell beleuchtet wurden die Auswirkungen auf die Selbsteffizienz der Partizipantinnen und Partizipanten.

Die Stichprobe der Studie enthielt Patientinnen und Patienten, welche 45 Tage nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus in ein ambulantes Rehabilitationscenter überwiesen wurden. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mussten zwischen 30 und 75 Jahre alt und durch die Erkrankung in ihrer Mobilität eingeschränkt sein. Des Weiteren mussten die Patientinnen und Patienten entweder eine Herzinsuffizienz oder Arrhythmien mit einer stabilen Angina pectoris aufweisen. Aus der Studie ausgeschlossen wurden Patientinnen und Patienten, bei denen während der Rehabilitation kardiovaskuläre oder muskuloskeletale Komplikationen auftraten. Patientinnen und Patienten bei denen eine Geisteserkrankung diagnostiziert wurde, durften ebenfalls nicht an der Studie teilnehmen. Insgesamt wurden 80 Patientinnen und Patienten ausgewählt, welche mittels Zufallsprinzip auf Interventions- und Kontrollgruppe aufgeteilt wurden (Poorthagi et al. 2013).

Beide Gruppen wurden zu Beginn der Studie mit der GSES – Generals Self Efficacy Scale, einem validen und reliablen Fragebogen, bezüglich ihrer Selbsteffizienz befragt. Weiters durchliefen alle Patientinnen und Patienten das kardiovaskuläre Rehabilitationsprogramm im Rehabilitationscenter. Nach der 12. Einheit des Programmes fand eine weitere Befragung mittels GSES statt. Die Interventionsgruppe erhielt zusätzlich Schulungen bezüglich Risikofaktoren, Ernährung und Medikamenteneinnahme. In den praktischen Schulungseinheiten wurde die Interventionsgruppe zur selbstständigen Messung ihrer Herzfrequenz angeleitet und auf das Rehabilitationsprogramm zu Hause vorbereitet. Die Schulungen wurden durch Community Health Nurses in Zusammenarbeit mit einer Diätologin und einem Physiotherapeuten durchgeführt. Nach einem und nach zwei Monaten, in welchem das Rehabilitationsprogramm zu Hause durchgeführt wurde, hielten Community Health Nurses eine weitere Befragung der Patientinnen und Patienten mittels GSES ab. Auch in der Kontrollgruppe wurde der Fragebogen noch

zweimal ausgefüllt. Nach der Datensammlung wurden demographische Daten mittels deskriptiver Statistik und der GSES-Fragebogen mittels Minitab Software analysiert (Poorthagi et al. 2013).

Zu Beginn der Studie waren demographische Daten und die Höhe der Selbsteffizienz bei allen Patientinnen und Patienten ähnlich. Es gab keine Unterschiede bei der ersten Befragung mittels GSES zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. Die weitere Analyse zeigte, dass die Selbsteffizienz der Patientinnen und Patienten aus der Interventionsgruppe während des Rehabilitationsprogrammes zu Hause anstieg und es einen deutlichen Unterschied zu den Ergebnissen der Kontrollgruppe gab. Verglichen mit den Ergebnissen der ersten Befragung ist festzustellen, dass die Interventionen der Community Health Nurses, der Diätologin und des Physiotherapeuten, zu einem signifikanten Anstieg der Selbsteffizienz in der Interventionsgruppe führten (Poorthagi et al. 2013).

Die Studie von Wood-Baker et al. (2012) verfolgte das Ziel, ein Programm zu evaluieren, welches auf den Prinzipien des „Chronic disease self-management program“ basiert.

Die Stichprobengröße dieser Studie betrug 106 Partizipantinnen und Partizipanten. Diese wurden auf eine Interventionsgruppe und eine Kontrollgruppe aufgeteilt. Die Partizipantinnen und Partizipanten mussten über 45 Jahre alt sein und länger als zehn Jahre geraucht haben. Für die Teilnahme wurde ein forciertes expiratorisches Volumen unter 0,7 vorausgesetzt. Ein weiteres Einschlusskriterium war die akute Verschlechterung der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung in den letzten zwölf Monaten. Ausschlusskriterien waren andere Lungenerkrankungen, instabile Erkrankungen von Herz, Niere oder Leber und eine Lebenserwartung von weniger als 12 Monaten (Wood-Baker et al. 2012).

Die Patientinnen und Patienten wurden von 21 ausgewählten und trainierten Community Health Nurses betreut. Jede bekam fünf der Partizipantinnen und Partizipanten zugeteilt. Durch Hausbesuche erhoben sie den Gesundheitszustand, sowie klinische und psychologische Probleme. Im weiteren Verlauf wurde in Zusammenarbeit mit den Partizipantinnen und Partizipanten ein Plan erstellt, um gesetzte Ziele zu erreichen. Mittels Telefongesprächen wurden die Fortschritte, sowie aufkommende Probleme besprochen. Die Partizipantinnen und Partizipanten

der Interventionsgruppe dokumentierten in einem Tagebuch täglich Atemnot, Husten, Sputum, Wohlbefinden, physische Aktivität und den Gebrauch von hustenstillenden Medikamenten. Die Patientinnen und Patienten wurden beauftragt mittels einer sieben Punkte Skala die Entwicklung ihrer Symptome zu dokumentieren. Die Auswirkungen des Programmes wurden fünf Mal gemessen. Messungen beinhalteten Gewicht, Spirometrie, gesundheitsbezogene Lebensqualität, Angst vor dem Krankenhaus, Höhe der Depression und Höhe der Selbsteffizienz. Während der Durchführung der Studie wurden die Anzahl der Krankenhausbesuche der einzelnen Patientinnen und Patienten dokumentiert (Wood-Baker et al. 2012).

Demographische Daten, waren in der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe ähnlich. Die Auswertung der ersten Gesundheitserhebung ergab in der Interventions- und Kontrollgruppe 90 dokumentierte Krankenhausaufenthalte in den letzten zwölf Monaten vor der Rekrutierung. Die Ergebnisse wiesen auf eine deutlich erhöhte funktionelle Beeinträchtigung in Hinsicht auf Gesundheit und Lebensqualität der Partizipantinnen und Partizipanten hin. Die Analyse der fünf weiteren Datenerhebungen zeigte, dass alle Patientinnen und Patienten ein erhöhtes Level an Depression und Angst aufwiesen. Die Intervention hatte kaum Auswirkungen auf diese Tatsache. Weiters wurden keine deutlichen Veränderungen in Hinsicht auf Atemnot, Selbsteffizienz und Wohlbefinden verzeichnet. Ein signifikanter Effekt der Intervention war ein erhöhtes forciertes expiratorisches Volumen, sowie eine verbesserte allgemeine Gesundheit. 67% der Patientinnen und Patienten der Kontrollgruppe mussten klinische Betreuung in Anspruch nehmen. In der Interventionsgruppe betrug die Anzahl von Patientinnen und Patienten, welche stationär aufgenommen wurden 62% (Wood-Baker et al. 2012).

Die Studie von Melnick et al. (2008) evaluierte die möglichen Effekte einer von Community Health Nurses angebotenen Familienplanungsberatung im Rahmen von Hausbesuchen. Besonders beleuchtet wurden die Auswirkungen auf psychologische und soziale Barrieren, welche einen erfolgreichen Gebrauch von Kontrazeptiva verhindern.

Die Partizipantinnen der Studie wurden mittels Gelegenheitssampling ermittelt. Die teilnehmenden Frauen mussten im Landkreis Oregon leben, englisch oder spanisch sprechen und im reproduktionsfähigen Alter sein. Sie mussten in den letzten Monaten Geschlechtsverkehr mit mindestens einem fruchtbaren Mann gehabt haben und auch während der Studie weiterhin sexuell aktiv sein. Weiters mussten die ausgewählten Frauen Interesse zeigen, für mindestens zwölf Monate verschiedene Verhütungsmittel zu benutzen. Aus der Studie ausgeschlossen wurden sterilisierte und schwangere Frauen, sowie Frauen, welche konsequent mit einer bestimmten Methode verhüteten. Durch das Auswahlverfahren kam eine Stichprobe von 103 Frauen zustande, welche randomisiert in eine intensiviertere Interventionsgruppe und eine minimale Interventionsgruppe aufgeteilt wurden (Melnick et al. 2008).

Community Health Nurses führten im Rahmen eines Hausbesuches Beratung betreffend sexuell übertragbarer Erkrankungen und Schwangerschaftsprävention durch. Die Frauen bekamen Kondome und eine Liste, welche Telefonnummern von lokalen Gesundheitszentren und Familienplanungskliniken beinhaltete. Die Dauer dieser Beratung betrug in der intensivierten Interventionsgruppe 60 Minuten und in der minimalen Interventionsgruppe 36 Minuten. Des Weiteren dispensierten die Community Health Nurses die Kontrazeptiva der Frauen, führten Schwangerschaftstests durch und evaluierten mögliche Kontraindikationen. Die intensiviertere Interventionsgruppe erhielt kostenlos einen dreimonatigen Vorrat an Kontrazeptiva ihrer Wahl und eine Empfehlung innerhalb von drei Monaten einen Kontrolltermin in einer Klinik wahrzunehmen. Die erste Datenerhebung mittels Fragebogen wurde vor der Intervention der Community Health Nurses durchgeführt und eine weitere nach zwölf Monaten. Der Fragebogen erhob das Wissen der Frauen bezüglich des reproduktiven Systems und gesundheitsrelevanter Fakten. Auch die Selbsteffizienz der Frauen, Kontrazeptiva zu nutzen, wurde erhoben. Weiters wurden Barrieren, welche den Zugang zu einer Gesundheitsfürsorge und die konsequente Einnahme von Kontrazeptiva einschränken, erfragt. Die Daten der Befragungen wurden analysiert und die Ergebnisse der beiden Gruppen verglichen (Melnick et al. 2008).

Die demographische Analyse ergab, dass über 75% der Haushalte ein geringes Einkommen hatten und über 50% der Frauen keine höhere Ausbildung absolviert

hatten. 60.4% der Frauen in der intensivierten Interventionsgruppe und 61.8% in der minimalen Interventionsgruppe gaben an, ein oder mehrere Verhütungsmittel inkonsequent zu verwenden. Messungen zeigten, dass während der Intervention keine deutlichen Unterschiede zwischen den zwei Gruppen zu erkennen waren. Die Analyse der Befragung zwölf Monate nach der Intervention ergab, dass Frauen der intensivierten Interventionsgruppe weniger Barrieren angaben, konsequent zu verhüten oder ein Gesundheitszentrum aufzusuchen. Die Angaben für Barrieren wie Zeitmangel, Unannehmlichkeit und Kosten sind gesunken. Im Gegensatz zur intensivierten Interventionsgruppe wiesen die Angaben der Frauen der minimalen Interventionsgruppe kaum eine Änderung der Barrieren auf. Keine der zwei Gruppen hatte weniger Sorge sich zu kompromittieren oder empfand ein geringeres Unbehagen. Beide Gruppen wiesen eine erhöhte Selbsteffizienz im Umgang mit Kontrazeptiva auf. Weiters wurden die Frauen in Subgruppen geteilt und die Auswirkung der Intervention speziell auf jugendliche Frauen und Frauen mit niedriger Bildung, sowie fehlender Gesundheitsversicherung, miteinander verglichen. Die Auswertung der Fragebögen der jugendlichen Frauen vor der Intervention zeigte keine deutliche Veränderung im Vergleich zu den Ergebnissen der Fragebögen nach der Intervention. Die einzige wahrnehmbare Veränderung zeigte sich in den Gebieten Selbsteffizienz und Senkung der Barriere „Zeitmangel“. Bei Frauen, die keine Gesundheitsversicherung hatten, erhöhte sich die Selbsteffizienz signifikant während gleichzeitig alle genannten Barrieren, wie Zeitmangel, Kosten, Verlegenheit und Unannehmlichkeit, sanken. Auch die Frauen mit niedriger Bildung erhöhten ihre Selbsteffizienz in Bezug auf die Verwendung von Kontrazeptiva, jedoch verringerten sich ihre Barrieren, Kontrazeptiva zu nutzen, kaum. Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen intensivierter Interventionsgruppe und minimaler Interventionsgruppe hinsichtlich der Nutzung von Gesundheitszentren, um eine passende Geburtenkontrolle zu ermöglichen (Melnick et al. 2008).

Das Ziel der Studie von Hosseini, Torkani & Tavakol (2013) war es, mögliche Auswirkungen einer zu Hause durchgeführten Intervention auf die Selbsteffizienz und Selbstfürsorge von Patientinnen und Patienten zu evaluieren.

Die Population dieser Studie waren 60-75 jährige Menschen. Mittels Cluster-Sampling wurden aus einer Gesamtheit von 44 Städten fünf mit einem

Gesundheitszentrum ausgewählt. Durch eine systematische Auswahl wurden sieben bis acht Partizipantinnen und Partizipanten aus jeder Stadt rekrutiert. Die endgültige Stichprobengröße beinhaltete 38 Personen (Hosseini, Torkani & Tavakol 2013).

Die Partizipantinnen und Partizipanten wurden innerhalb von sechs Wochen fünf Mal von Community Health Nurses besucht. In der ersten Phase der fünf Hausbesuche wurden die Patientinnen und Patienten in Bezug auf Ernährung, die Gesundheit betreffende Gewohnheiten, Wohlbefinden und körperliche Aktivität geschult. Die zweite Phase diente der Erhebung von Problemen und der Durchführung geeigneter Interventionen. Die Partizipantinnen und Partizipanten der Studie wurden über Erkrankungen und Nebenwirkungen von Medikamenten aufgeklärt und ihr Blutdruck sowie ihr Blutzucker gemessen. Die Community Health Nurses eröffneten den Patientinnen und Patienten Wege, eine passende Primärversorgung zu nutzen, und organisierten Termine. Am Ende wurde jedes Verhalten noch einmal evaluiert und den Partizipantinnen und Partizipanten weitere Ratschläge mit auf den Weg gegeben. Die Datenerhebung fand im Rahmen eines Interviews vor und nach der Intervention statt. Für die Interviews wurde ein Fragebogen entwickelt, welcher Fragen zum Thema Ernährung, Gewohnheiten die Gesundheit betreffend, Wohlbefinden und körperliche Aktivität beinhaltete und demographische Daten erhob. Ein weiterer Fragebogen, um die Selbsteffizienz und die Selbstpflege der Patientinnen und Patienten zu erheben, wurde in den Interviews verwendet (Hosseini, Torkani & Tavakol 2013).

Die Schulung durch die Community Health Nurses erhöhte das Wissen der Partizipantinnen und Partizipanten, und ihr Verhalten in Bezug auf Ernährung, Gewohnheiten die Gesundheit betreffend, Wohlbefinden und körperliche Aktivität, verbesserte sich ebenso. Die Partizipantinnen und Partizipanten konnten pro Themengebiet maximal 28 Punkte erreichen. In dem Bereich körperliche Aktivität erreichten die Patientinnen und Patienten vor der Intervention 15,6 Punkte, nach der Intervention 23,7 Punkte. Dieses Ergebnis zeigt eine deutliche Erhöhung der Selbsteffizienz. Patientinnen und Patienten betrieben nach der Schulung durch die Community Health Nurses häufiger Sport als davor. Das Themengebiet Ernährung zeigt eine ähnlich deutliche Veränderung des Verhaltens. Vor der Intervention erhielten die Partizipantinnen und Partizipanten 14,9 Punkte, nach der Intervention

stieg die Punktezahl auf 23,9. Patientinnen und Patienten verfolgten nach der Intervention einen sichtlich gesünderen Ernährungsstil als zuvor. Das Wohlbefinden der Partizipantinnen und Partizipanten erreichte bei der ersten Befragung 13,8 Punkte und bei dem Interview nach der Intervention 21,8 Punkte. Sie fühlten sich wohler und konnten ihre Lebensqualität steigern. Die einzelnen Ergebnisse der Themengebiete wurden vor und nach der Intervention addiert. Die Partizipantinnen und Partizipanten konnten insgesamt 112 Punkte erreichen. Vor der Intervention betrug die gesamt erreichte Punkteanzahl 61,3 und nach der Intervention 94,3 Punkte. Somit ergab die Datenanalyse eine erhöhte Selbsteffizienz und Selbstpflege der Patientinnen und Patienten in Folge der Intervention (Hosseini, Torkani & Tavakol 2013).

3.2. Auswirkungen der Interventionen von Community Health Nurses auf gefährdete Personengruppen

Die Studie von Su, Khoshnood und Forster (2015) verfolgte das Ziel, den Einfluss von regelmäßigem Kontakt zwischen obdachlosen Menschen und Community Health Nurses zu evaluieren. Speziell beleuchtet wurden die Auswirkungen auf die Entscheidung von Obdachlosen, primäre Gesundheitsversorgung zu nutzen.

Mittels eines Cluster-Samplings wurden 112 Personen ausgewählt, die die Einschlusskriterien erfüllten. Für die Befragung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurde ein Fragebogen mit geschlossenen Fragen zusammengestellt. In zehninütigen persönlichen Interviews wurden sie zu verschiedenen Faktoren befragt, welche sie in ihrer Entscheidung, Primärversorgung in Anspruch zu nehmen, beeinflussen würden. Faktoren wie Alter, Sexualität, Abstammung, Wohnstatus, Gesundheitsversicherungsstatus und selbsteingeschätzte Gesundheit wurden als Beeinflussung vermutet. Die Studie beinhaltete eine abhängige Variable, die Inanspruchnahme von Primärversorgung, sowie eine primäre unabhängige Variable, den Kontakt mit Community Health Nurses. Bei der Analyse der Befragungen wurde bestimmt, inwiefern der regelmäßige Kontakt mit Community Health Nurses die Inanspruchnahme der Primärversorgung beeinflusste. Weiters wurde der Einfluss der oben genannten Faktoren auf die abhängige Variable geprüft (Su, Khoshnood & Forster 2015).

Die Analyse der Befragung ergab ein durchschnittliches Alter von 47 Jahren. Der Großteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer war versichert, jedoch bezog keiner der Befragten eine private Versicherung. 50% der interviewten Teilnehmerinnen und Teilnehmer erkrankten in den letzten zwei Jahren an einem physischen oder mentalen Leiden. Regelmäßigen Kontakt mit Community Health Nurses gaben 59% der Befragten an. Die weitere Analyse zeigte, dass 64% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, welche die Beratung von Community Health Nurses in Anspruch nahmen, in der Regel die angebotene Primärversorgung nutzten. In der Gruppe von Teilnehmerinnen und Teilnehmer ohne Kontakt zu Community Health Nurses verwendeten nur 31% eine zugängliche Primärversorgung. Die Community Health Nurses eröffneten Wege, um eine angemessene Primärversorgung nutzen zu können. Einzelne Barrieren, wie eine geringe Gesundheitskompetenz oder Probleme bei der Terminvereinbarung, wurden reduziert. Durch die erhöhte Gesundheitskompetenz verstanden die chronisch erkrankten Patientinnen und Patienten die Notwendigkeit der Nutzung von Primärversorgung. Die weitere Auswertung der Befragung zeigte, dass Faktoren, wie Alter, Sexualität, Abstammung, selbsteingeschätzte Gesundheit und die Tatsache, versichert zu sein, keine Auswirkungen auf die Entscheidung Primärversorgung zu nutzen, hatten. Einzig der Wohnstatus der Teilnehmerinnen und Teilnehmer beeinflusste ihr Verhalten in Bezug auf die Nutzung von Primärversorgung (Su, Khoshnood & Forster 2015).

Die Studie von Hilton, Thompson und Moore-Dempsey (2009) verfolgte den Zweck, den Aufgabenbereich von im „AIDS Prevention Street Nurse Program“ tätigen Community Health Nurses darzustellen. Ein weiteres Ziel der Studie war es, den Einfluss der Tätigkeiten auf erkrankte beziehungsweise gefährdete Patientinnen und Patienten zu evaluieren.

Die Stichprobe dieser Studie bestand aus 84 Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Dazu zählten einzelne Patientinnen und Patienten der Street Nurses, die Street Nurses selbst und das HIV/STD Programm repräsentierende Personen. In dieser Studie wurden Community Health Nurses als Street Nurses bezeichnet, weil sie zusätzlich speziell für diese Arbeit ausgebildet wurden. Die Datenerhebung wurde mittels Interviews durchgeführt. Die Dauer der Interviews variierte von 30 Minuten bis zu zwei Stunden. Die Personengruppen wurden entweder einzeln oder in

Fokusgruppen interviewt. Die Patientinnen und Patienten der Street Nurses wurden befragt, inwieweit sich ihr Wissen erweitert und die Arbeit mit Street Nurses ihre gesundheitsrelevanten Entscheidungen beeinflusst hatte. Die Street Nurses, andere Anbieter und das HIV/STD Programm repräsentierende Personen wurden bezüglich Veränderungen der Patientinnen und Patienten, welche aufgrund des Programmes eingetreten sind, befragt. Die Interviews wurden aufgenommen, anschließend transkribiert und ausgewertet (Hilton, Thompson & Moore-Dempsey 2009).

Den Studienteilnehmerinnen und Teilnehmer zufolge, hat die Arbeit von Street Nurses einen indirekten und einen direkten Einfluss auf sie. Die Ergebnisse der Interviewanalyse werden in mehreren Unterkapiteln angeführt (Hilton, Thompson & Moore-Dempsey 2009).

Erhöhtes Wissen in Bezug auf HIV/AIDS, die eigene Situation und verfügbare Optionen:

Die befragten Patientinnen und Patienten gaben an, nach Kontakt mit einer Street Nurse bessere Kenntnisse über HIV/AIDS und sexuell übertragbare Erkrankungen zu haben. Des Weiteren führten die Befragten an, vieles über Risikofaktoren, den Prozess der Krankheitsübertragung und die Krankheitsprävention gelernt zu haben. Durch die Hilfe von Street Nurses konnten die Patientinnen und Patienten ihren aktuellen Gesundheitsstatus gut einschätzen und in Folge dessen bessere gesundheitsrelevante Entscheidungen treffen (Hilton, Thompson & Moore-Dempsey 2009).

Verändertes Verhalten zur Krankheitsprävention:

Die befragten Patientinnen und Patienten erklärten, dass sie durch das erworbene Wissen gewissenhafter mit ihrer Gesundheit umgehen würden. Der Großteil der Befragten änderte ihr Verhalten in Bezug auf ihren Drogenkonsum und ihren Kondomgebrauch. Teilnehmerinnen und Teilnehmer gaben an, nie wieder Nadeln mit anderen zu teilen, diese zweimal zu verwenden oder ungeschützten Geschlechtsverkehr zu haben. Durch den konsequenten Gebrauch von Kondomen wurde die Anzahl der positiv auf HIV getesteten Patientinnen und Patienten reduziert. Viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer empfanden die Hilfe der Street Nurses als einen Beginn, den Drogenkonsum zu reduzieren oder zu vermeiden.

Street Nurses wurden um Informationen bezüglich einer besseren Ernährung und einem gesünderen Lebensstil gebeten (Hilton, Thompson & Moore-Dempsey 2009).

Gesundheitsversorgung:

Der Großteil der Patientinnen und Patienten nahm den durch die Street Nurses ermöglichten Zugang zur Gesundheitsversorgung in Anspruch. Dadurch konnten Erkrankungen frühzeitig erkannt und weiteren Komplikationen entgegengewirkt werden (Hilton, Thompson & Moore-Dempsey 2009).

Gefühl der Unterstützung:

Durch das Gefühl der Akzeptanz und Unterstützung fiel es vielen Patientinnen und Patienten leichter, an einer verbesserten Gesundheit zu arbeiten und einen gesundheitsfördernden Lebensstil zu verfolgen. Viele Patientinnen und Patienten meinten, dass die Arbeit der Street Nurses eine wesentliche Rolle gespielt hat, um nicht an AIDS zu erkranken (Hilton, Thompson & Moore-Dempsey 2009).

Früherkennung und Reduktion von aufkommenden Problemen:

Patientinnen und Patienten berichteten, dass sie nun meist präventiv agierten und aufkommende Komplikationen, die ihre Gesundheit betrafen, früher erkennen würden und behandeln ließen (Hilton, Thompson & Moore-Dempsey 2009).

3.3. Einfluss von Präventionsprogrammen auf Gesundheitswissen und Selbsteffizienz

Die Studie von Sit et al. (2005) verfolgte den Zweck, die Auswirkungen eines Schlaganfall-Präventionsprogrammes auf Patientinnen und Patienten, die bereits eine transitorische ischämische Attacke erlitten hatten, zu evaluieren. Ziel der Studie war es, speziell die Beeinflussung der Bereiche Wissen, Selbstmanagement, Verhalten, sowie auf die Reduktion von Risikofaktoren, zu erheben.

Die Stichprobengröße dieser Studie beinhaltete 190 Partizipantinnen und Partizipanten. Diese mussten über 18 Jahre alt sein, bereits eine transitorische ischämische Attacke erlitten haben und ein stabiles Krankheitsbild aufweisen. Eine intakte kognitive Leistung und die Unabhängigkeit in allen Lebensaktivitäten wurde vorausgesetzt. Aus der Studie ausgeschlossen wurden Partizipantinnen und

Partizipanten, welchen ein chirurgischer Eingriff bevor stand, sowie Patientinnen und Patienten, die eine angeborene das Gehirn betreffende Anomalie aufwiesen. Weitere Ausschlusskriterien waren ein zuvor erlittener hämorrhagischer Infarkt und andere Erkrankungen, welche Symptome eines Schlaganfalles aufweisen (Sit et al. 2005).

Die Partizipantinnen und Partizipanten wurden randomisiert in die Interventions- oder die Kontrollgruppe eingeteilt. Die Kontrollgruppe erhielt die konventionelle medizinische Therapie. Die Interventionsgruppe nahm zusätzlich zu der konventionellen Therapie an dem Schlaganfall-Präventionsprogramm teil. Community Health Nurses hielten einmal wöchentlich über eine Dauer von acht Wochen eine Veranstaltung für die Interventionsgruppen ab. In diesen Veranstaltungen konnten die Partizipantinnen und Partizipanten ihre Erfahrungen teilen und von den Community Health Nurses unterrichtet werden. Die einzelnen Gruppen, bestehend aus 8-12 Personen, konnten Risikofaktoren identifizieren und einen Plan zur Reduktion dieser entwerfen. Die Community Health Nurses unterstützten die Patientinnen und Patienten bei der Umsetzung des Planes und ermöglichten ihnen ihre erlernten Fähigkeiten zu trainieren (Sit et al. 2005).

Die Datenerhebung fand während drei Interviews mittels Fragebogen statt. Die erste Datenerhebung wurde unmittelbar vor der Intervention, die zweite eine Woche danach und die dritte drei Monate nach Absolvierung des Programmes durchgeführt. Der Fragebogen zielte auf die Erhebung demographischer Daten, des Lebensstils, der regelmäßigen Medikamenteneinnahme und des Wissens über das Krankheitsbild eines Schlaganfalles ab. Des Weiteren wurden die Patientinnen und Patienten untersucht und verschiedene Risikofaktoren erhoben (Sit et al. 2005).

Die demographischen Daten der Interventionsgruppen waren ähnlich derer in der Kontrollgruppe. Bei der Befragung bezüglich Warnzeichen, Risikofaktoren und der Ersten Hilfe bei einem Schlaganfall konnten die Partizipantinnen und Partizipanten jeweils insgesamt 100 Punkte erreichen. Die Interventionsgruppen erreichten beim Interview zum Thema Warnzeichen vor der Intervention 70,87 Punkte, eine Woche nach der Intervention 83,95 Punkte und drei Monate nach der Intervention 81,88 Punkte. Die Kontrollgruppe hatte bei allen drei Befragungen ähnliche Ergebnisse erzielt. Die höchste erreichte Punkteanzahl betrug eine Woche nach der

konventionellen Therapie 76,51 Punkte. Bei der Befragung zum Thema Risikofaktoren erreichten die Interventionsgruppen vor der Intervention 85,66 Punkte, eine Woche nach der Intervention 87,18 Punkte und drei Monate nach der Intervention 84,86 Punkte. Auch bei dieser Befragung veränderte sich die Punkteanzahl der Kontrollgruppe nicht deutlich, sondern bewegte sich um die Höchstanzahl von 77,75 Punkten. Von einer deutlichen Wissensvermehrung der Partizipantinnen und Partizipanten kann man beim Thema Ersthilfe ausgehen. Mit einer Ausgangspunktzahl von 18,3 vor der Intervention erreichten die Interventionsgruppen eine Woche nach der Intervention 100 Punkte und drei Monate danach 93,6 Punkte. Die Kontrollgruppe steigerte sich von 16,3 Punkten vor der konventionellen Therapie auf 43,8 Punkte eine Woche danach und sank dann weitere drei Monate später auf 31,9 Punkte ab. Die weitere Datenanalyse ergab in den Interventionsgruppen eine signifikante Veränderung der Compliance bei der Medikamenteneinnahme im Vergleich zur Kontrollgruppe. Beide Gruppen reduzierten ihren Salzkonsum. Im Gegensatz zur Kontrollgruppe überwachte nach der Intervention der Großteil der Patientinnen und Patienten der Interventionsgruppen regelmäßig ihren Blutdruck, Blutzucker, sowie ihre Cholesterinwerte und führte selbstständige Messungen durch. Die Intervention hatte kaum Einfluss auf die körperliche Aktivität der Partizipantinnen und Partizipanten der Interventionsgruppen (Sit et al. 2005).

Ziel der Studie von Lee et al. (2003) war es, ein gemeinschaftsbasiertes Schulungsprogramm zur Brustkrebsprävention zu evaluieren.

Die Stichprobe dieser Studie waren Frauen, mit erhöhtem Risiko an Brustkrebs zu erkranken. Ausgeschlossen wurden jene mit einer positiven Brustkrebsdiagnose. Die Partizipantinnen, bestehend aus 324 Frauen, wurden in eine Interventionsgruppe und eine Kontrollgruppe aufgeteilt. Beide Gruppen beantworteten einen Fragebogen, der ihr Risiko an Brustkrebs zu erkranken einschätzen sollte. Vor der Intervention erhielt sowohl die Kontrollgruppe als auch die Interventionsgruppe einen Fragebogen bezüglich demographischer Daten, Wissensstand und Aktivitäten, welche die Frauen durchführten, um eine Früherkennung von Brustkrebs zu gewährleisten (Lee et al. 2003).

Nachdem die Ergebnisse der Risikoerhebung den Frauen präsentiert wurden, wurde die Interventionsgruppe von geschulten Community Health Nurses unterrichtet. Es wurde ein Fokus darauf gesetzt, den Partizipantinnen die weibliche Anatomie und Physiologie näher zu bringen und die Prävalenz von Brustkrebs in Korea aufzuzeigen. Den Frauen wurde von den Community Health Nurses an Silikonbrustmodellen die Selbstabtastung der Brust als Präventionsmöglichkeit veranschaulicht. Weiters wurde ihnen die Notwendigkeit der regelmäßigen Brustuntersuchung durch eine Mammographie aufgezeigt. In der letzten Einheit konnten die Frauen die erlernten Methoden unter Aufsicht der Community Health Nurses aneinander oder dem Silikonbrustmodell üben. Um die Auswirkungen der Intervention evaluieren zu können, wurden sowohl die Interventionsgruppe als auch die Kontrollgruppe drei Monate nach der Intervention nochmals befragt. Der Fragebogen beinhaltete abermals die zuvor genannten Themen. Nach der Befragung wurde auch der Kontrollgruppe ihre Risikoeinschätzung übermittelt und eine präventive Schulung angeboten. Die Ergebnisse der Datenanalyse wurden in einzelne Unterkapitel unterteilt (Lee et al. 2003).

Kenntnisse bezüglich der Selbstuntersuchung:

Vor der Intervention hatten sowohl die Interventionsgruppe als auch die Kontrollgruppe einen ähnlichen Wissensstand. Die Intervention zeigte eine signifikante Erhöhung des Wissens in der Interventionsgruppe. Die Kenntnisse der Kontrollgruppe wichen nur leicht von den Ergebnissen der ersten Erhebung ab (Lee et al. 2003).

Regelmäßige Ausübung der Selbstuntersuchung:

Die Partizipantinnen der Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe unterschieden sich vor der Intervention nicht bezüglich Erfahrung, regelmäßiger Ausübung oder in ihrer Kompetenz eine Selbstuntersuchung durchzuführen. Nach der Intervention hatten 87,2% der Interventionsgruppe Erfahrung mit einer Selbstuntersuchung gemacht. In der Kontrollgruppe waren es 68,4%. Erfahrung mit einer Selbstuntersuchung zu haben wird in dieser Studie als die einmalige Durchführung dieser definiert. 31,1% der Partizipantinnen der Interventionsgruppe führten nach der Intervention regelmäßige Selbstuntersuchungen an sich durch. Eine konstante Durchführung war nur bei 10,4% der Frauen in der Kontrollgruppe zu erkennen. Die

Frauen in der Interventionsgruppe fühlten sich deutlich sicherer in ihrer Kompetenz eine Selbstuntersuchung durchzuführen als die Partizipantinnen der Kontrollgruppe (Lee et al. 2003).

Beeinflussende Faktoren:

Vor der Intervention gaben die Frauen beider Gruppen an, keine Notwendigkeit in der Durchführung einer Selbstuntersuchung zu sehen. 90% der Partizipantinnen der Interventionsgruppe gaben das Diplomierte Pflegepersonal als Hauptinformationsquelle bezüglich der Selbstuntersuchung an. Die Frauen der Kontrollgruppe gaben an, ihre Informationen bezüglich der Brustabtastung hauptsächlich aus den Medien zu bekommen (Lee et al. 2003).

4. Diskussion

In dieser Bachelorarbeit sollten die Auswirkungen der Interventionen von Community Health Nurses auf die Gesundheitskompetenz ihrer Patientinnen und Patienten aufgezeigt werden. Ein spezieller Fokus wurde auf die Beeinflussung von Gesundheitswissen sowie Selbstmanagement und Selbsteffizienz gelegt.

Um das Forschungsziel zu erreichen wurde Literatur herangezogen, in welcher die Arbeit von Community Health Nurses einen direkten Zusammenhang mit den Resultaten der Studie hat. Die Recherche ergab eine begrenzte Anzahl an Literatur bezüglich des gewählten Forschungsthemas. Daraus resultierte die Auswahl der zuvor angeführten Studien. Die einzelnen Studien beleuchteten zwar stets die Interventionen von Community Health Nurses, jedoch unterschieden sie sich in wesentlichen Punkten voneinander. Unterschiedliche Erkrankungen und Themengebiete sowie große Altersunterschiede der Partizipantinnen und Partizipanten erschwerten die Vergleichbarkeit der herangezogenen Literatur und die Diskussion der Ergebnisse. Trotz der Unterschiede können allgemeine Schlüsse aus den Resultaten der einzelnen Studien gezogen und somit die Forschungsfrage beantwortet werden.

Sieben der acht ausgewählten Studien zeigten, dass die Interventionen von Community Health Nurses einen positiven Effekt auf die Selbsteffizienz und das Selbstmanagement, sowie das Gesundheitswissen ihrer Patientinnen und Patienten hatten. Es besteht ein indirekter positiver Einfluss auf die Gesundheitskompetenz. Die Studie von Wood-Baker et al. (2012) ergab keine relevanten Veränderungen bezüglich Gesundheitswissen, Selbsteffizienz und Selbstmanagement. Erklärt könnte dieses Ergebnis durch eine unzureichende Schulung der Partizipantinnen und Partizipanten werden. Des Weiteren besteht die Stichprobe der Studie von Wood-Baker et al. (2012) aus Patientinnen und Patienten, welche an schweren Formen einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung leiden. Diese Tatsache zeigt vor allem die erste Gesundheitserhebung, sowie die notwendigen Krankenhausaufenthalte während der Intervention.

Einzelne Studien behandeln die Nutzung von Primärversorgung, sowie von Gesundheitszentren. Anzumerken ist, dass die ausgewählten Studien in verschiedenen Ländern durchgeführt wurden. Zu beachten sind die unterschiedlichen Gesundheitssysteme der einzelnen Staaten, welche einen Einfluss auf die Ergebnisse der Studien haben könnten. Zu Beginn der Studie von Melnick et al. (2008) besuchten die teilnehmenden Frauen selten Gesundheitszentren, um eine angemessene Geburtenkontrolle zu ermöglichen. Im weiteren Verlauf änderte sich dies trotz der durchgeführten Intervention nicht (Melnick et al. 2008). Die Durchführung der Studie von Melnick et al. (2008) erfolgte 2008. Zu diesem Zeitpunkt war die Einführung des „Patient Protection and Affordable Care Act“, welche im Jahre 2010 erfolgte, noch fragwürdig (Rosenbaum 2011). Dies wäre eine Erklärung, warum Frauen weder vor noch nach der Intervention konsequent Gesundheitszentren aufsuchen, jedoch ihre Selbsteffizienz und ihr Selbstmanagement deutlich erhöht wurden. Im Vergleich dazu verzeichnete die 2015 durchgeführte Studie von Su, Khoshnood & Forster (2015) einen Anstieg der Nutzung von Primärversorgung nach Kontakt mit Community Health Nurses. In Kanada ist der Großteil der Bevölkerung über das staatliche Gesundheitssystem versichert. Dies gewährleistet eine kostengünstige und adäquate Gesundheitsversorgung für alle Bürgerinnen und Bürger (Government of Canada 2016). Die Ergebnisse der Studie von Hilton, Thompson und Moore-Dempsey (2009) könnten dadurch erklärt werden. Nach der Intervention der Community Health Nurses nutzen 61% der befragten Teilnehmerinnen und Teilnehmer die angebotene Primärversorgung (Hilton, Thompson & Moore-Dempsey 2009).

In allen Studien bestanden die Interventionen der Community Health Nurses aus Beratungen und Schulungen (Poorthagi et al. 2013; Wood-Baker et al. 2012; Melnick et al. 2008; Su, Khoshnood & Foster 2015; Hilton, Thompson & Moore Dempsey 2009; Hosseini, Torkani & Tavakol 2013; Sit et al. 2005; Lee et al. 2003). Besonders die Studien von Su, Khoshnood & Forster (2015) und Hilton, Thompson und Moore-Dempsey (2009) zeigen, dass ein erhöhtes Wissen deutliche Auswirkungen auf das Verhalten von Menschen haben kann. Durch eine konsequente Beratung der befragten Obdachlosen wurde ihre Gesundheitskompetenz erhöht und in weiterer Folge eine angemessene Nutzung von Primärversorgung gewährleistet (Su, Khoshnood & Forster 2015). Die

Partizipantinnen und Partizipanten der Studie Hilton, Thompson und Moore-Dempsey (2009) zeigten eine enorm positive Entwicklung ihres Verhaltens nach dem Kontakt mit Community Health Nurses. Durch das gewonnene Wissen ist es gefährdeten Personengruppen möglich, rechtzeitig präventive Maßnahmen zu ergreifen und so eine Ansteckung mit HIV zu verhindern (Hilton, Thompson, Moore-Dempsey 2009). Die Community Health Nurses stellen bei ihrer Arbeit die Patientin oder den Patienten in den Mittelpunkt ihrer Aufmerksamkeit. Diese Vorgehensweise schafft ein Vertrauensverhältnis und ermöglicht es den Community Health Nurses, die Situation der Patientin oder des Patienten in ihrer Gänze wahrzunehmen (Canadian Public Health Association 2010). Diese enge Zusammenarbeit könnte eine Erklärung für die rapide Wissensvermehrung der Patientinnen und Patienten, sowie für das Vertrauen in die Community Health Nurses darstellen.

Ein hoher Grad an Bildung ist der Grundbaustein für eine angemessene Gesundheitskompetenz (Sorensen et al. 2012). Die positiven Veränderungen in Richtung eines gesundheitsfördernden Verhaltens sind in sieben der acht ausgewählten Studien wahrzunehmen und können auf einen erhöhten Wissenstand zurückgeführt werden. Um den eigenen Gesundheitsstatus einschätzen und darauf folgend passende Entscheidungen treffen zu können, werden bestimmte Fähigkeiten vorausgesetzt (Sorensen et al. 2012).

Während fünf der acht ausgewählten Studien mittels spezieller Schulungen eine stabile Wissensbasis erstellt haben, wurde in den Studien von Poorthagi et al. (2013), Sit et al. (2005) und Lee et al. (2003) zusätzlich ein Fokus auf die selbstständige Ausübung von gewissen gesundheitsfördernden Tätigkeiten gelegt. So konnten die Partizipantinnen der Studie Lee et al. (2003) unter Aufsicht von geschulten Community Health Nurses eine selbstständige Untersuchung ihrer Brust durchführen, während die Partizipantinnen und Partizipanten der Studie Poorthagi et al. (2013) eine ausführliche Einschulung bezüglich der Messung der Herzfrequenz und passender Trainingseinheiten erhielten. Diese Vorgehensweisen führten zu einem signifikanten Anstieg der Selbsteffizienz und des Selbstmanagements der Patientinnen und Patienten (Poorthagi et al. 2013; Sit et al. 2005; Lee et al. 2003). Die Interventionen der Community Health Nurses zielen darauf ab, den Patientinnen und Patienten ein Grundwissen bezüglich ihrer Erkrankung beziehungsweise eines gesundheitsschädigenden Lebensstils näher

zu bringen (Canadian Public Health Association 2010). Die erhöhte Selbsteffizienz und das gesteigerte Verlangen, einen gesundheitsfördernden Lebensstil einzunehmen, können auf ein neu gewonnenes Verständnis, welches auf neuem Wissen gründet, zurückgeführt werden.

Die Studie Su et al. (2015) evaluierte ebenfalls die Häufigkeit der Nutzung von Primärversorgung nach Kontakt mit Community Health Nurses. Wie bereits erwähnt, zeigte sich, dass durch das erhöhte Gesundheitswissen und der durch die Community Health Nurses ermöglichte Zugang zu einer passenden Gesundheitsversorgung, die Nutzung von Primärversorgung anstieg (Su, Khoshnood & Forster 2015). Dieses Ergebnis kann aus der ständigen Zusammenarbeit der Community Health Nurses mit anderen Angehörigen des Gesundheitswesens resultieren (Canadian Public Health Association 2010).

Auch die Partizipantinnen und Partizipanten der Studie Hilton, Thompson und Moore-Dempsey gaben an, nach der Beratung durch Community Health Nurses besser auf ihre Gesundheit zu achten. Die Patientinnen und Patienten erkannten die Anzeichen einer Infektion früher, verhüteten konsequent und nutzten das Angebot von Gesundheitszentren, verwendete Spritzen gegen neue auszutauschen (Hilton, Thompson & Moore-Dempsey 2009). Dieses gesundheitsfördernde Verhalten lässt sich wiederum durch das erhöhte Gesundheitswissen erklären und führt weiters zu einer angemessenen Krankheitsprävention.

4.1. Qualität der Literatur

Die Beurteilung der herangezogenen Literatur ergab unterschiedliche Ergebnisse. Einige Studien schnitten in der Bewertung mittels Bauer (2014) gut ab und weisen eine sehr hohe Qualität auf. Dazu zählen vor allem die Studien von Poorthagi et al. (2013), Hosseini, Torkani und Tavakol (2013) und Sit et al. (2007). Andere, wie die Studien von Hilton, Thompson und Moore-Dempsey (2009) und Wood-Baker et al. (2012), beinhalten widersprüchliche Aussagen und unübersichtliche Angaben bezüglich der Methodik.

Bezüglich des gewählten Forschungsthemas ist nur vereinzelt passende Literatur vorhanden, deswegen wurden die oben genannten Studien, trotz der inhaltlichen Mängel, zur Beantwortung der Forschungsfrage herangezogen.

5. Schlussfolgerung

Die Ergebnisse der einzelnen Studien zeigen, dass die Arbeit von Community Health Nurses einen indirekten positiven Einfluss auf die Steigerung der Gesundheitskompetenz ihrer Patientinnen und Patienten hat. Die Definition der Gesundheitskompetenz zeigt, dass ein erhöhtes Wissen der Grundbaustein für einen gesunden und präventiven Lebensstil ist (Sorensen et al. 2012). Um dieses Wissen in den Bereichen Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung anwenden zu können, wird ein angemessenes Maß an Selbsteffizienz und Selbstmanagement benötigt. Durch die angebotenen Schulungen und Übungseinheiten wurde das Wissen der Patientinnen und Patienten erhöht und in Folge dessen ein gesundheitsförderndes Verhalten herbeigeführt. Besonders die Selbsteffizienz der Patientinnen und Patienten entwickelte sich in eine positive Richtung. Durch das erhöhte Wissen und die Selbsteffizienz können die Patientinnen und Patienten selbstständig angemessene gesundheitsrelevante Entscheidungen treffen und ein selbstbestimmtes Leben in Bezug auf ihre Gesundheit führen.

5.1. Empfehlung für Forschung und Praxis

Zurzeit enthalten die Datenbanken noch wenig Literatur bezüglich dieses Forschungsthemas. Auch die Autorinnen und Autoren der einzelnen Studien empfehlen weitere Forschung. Nahegelegt werden Studien mit größerer Stichprobenanzahl und Forschung hinsichtlich weiterer beeinflussender Faktoren, welche eine Erhöhung der Selbsteffizienz und des Selbstmanagements begünstigen.

Da in Österreich das Berufsbild der Community Health Nurse in dieser Hinsicht noch nicht vorhanden ist, wäre eine Etablierung dieser zu empfehlen. Die positiven Einflüsse, welche Community Health Nurses auf ihre Patientinnen und Patienten ausüben, sind nicht abzustreiten. In vielen Ländern, wie Kanada oder den USA, sind Community Health Nurses ein fester Bestandteil des Gesundheitssystems und dienen der Krankheitsprävention und der Gesundheitsförderung.

6. Literaturverzeichnis

American Public Health Association. 2013, The definition and practice of public health nursing, <https://www.apha.org/apha-communities/member-sections/public-health-nursing>, (10.02.2017).

Bauer, S. 2014, „Bewertungskriterien Quantitativ und Qualitativ“, Seminar LBF 1, 7. Semester, Medizinische Universität Graz.

Bundesministerium für Gesundheit. 2014, Rahmen-Gesundheitsziel 3, Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken, Bericht der Arbeitsgruppe, http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/wp-content/uploads/2014/10/RGZ3_Bericht_201404142.pdf, (10.01.2017).

Canadian Public Health Association. 2010, Public Health - Community Health Nursing Practice in Canada, Roles and Activities, <http://www.cpha.ca/uploads/pubs/3-1bk04214.pdf>, (10.01.2017).

Government of Canada. 2016, Health care in Canada, <http://www.cic.gc.ca/ENGLISH/newcomers/after-health.asp>, (20.01.2017).

Hilton, B.A, Thompson, R. & Moore-Dempsey, L. 2009, „Evaluation of the AIDS prevention street nurse program: one step at a time“, *Canadian Journal of Nursing Research*, 41 (1): 238-258.

HLS-EU Consortium. 2012, Comparative report of health literacy in eight EU member states, The European health literacy survey HLS-EU, http://ec.europa.eu/chafea/documents/news/Comparative_report_on_health_literacy_in_eight_EU_member_states.pdf, (10.01.2017).

Hosseini, H., Torkani, S. & Tavakol, K. 2013, „The effect of community health nurse home visit on self-care self-efficacy of the elderly living in selected Falavarjan villages in Iran in 2010“, *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 18 (1): 47-53.

Journal of Community & Public Health Nursing. o.J., Community Nursing, <https://www.omicsonline.org/scholarly/community-nursing-journals-articles-ppts-list.php>, (10.02.2017).

- Lee, C.Y. et al. 2003, „Evaluation of a community-based program for breast self-examination offered by the Community Health Nurse Practitioner in Korea”, *Journal of Korean Academy of Nursing*, 33 (8): 1119-1126.
- Melnick, A.L. et al. 2008, „The influence of nurse home visits, including provision of 3-months of contraceptives and contraceptive counselling, on perceived barriers to contraceptive use and contraceptive use self-efficacy”, *Womens Health Issues*, 18 (6): 471-481.
- Nutbeam, D. 2000, „Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century”, *Health Promotion International*, 15 (3): 259-267.
- Nutbeam, D. 2008, „The evolving concept of health literacy”, *Social Science & Medicine*, 67 (12): 2072-2078.
- Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz. 2016, Rahmen-Gesundheitsziel 3, <https://oepgk.at/die-oepgk/rahmen-gesundheitsziel-3/>, (10.01.2017).
- Pelikan, J.M., Röthlin, F. & Ganahl, K. 2013, Die Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung nach Bundesländern und im internationalen Vergleich, http://www.fgoe.org/projektfoerderung/gefoiderte-projekte/FgoeProject_1412/90528.pdf, (10.01.2017).
- Poorthagi, S. et al. 2013, The effect of home-based cardiac rehabilitation program on self efficacy of patients referred to cardiac rehabilitation center, <http://bmcrenotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/1756-0500-6-287>, (15.12.2016).
- Rosenbaum, S. 2011, „ Law and the Public’s Health - The Patient Protection And Affordable Care Act: Implications For Public Health Policy And Practice”, *Public Health Reports*, 126 (1): 130–135.
- Sit, J.WH. et al. 2007, „A quasi-experimental study on a community-based stroke prevention programme for clients with minor stroke”, *Journal of Clinical Nursing*, 16 (2): 272-281.

Sorensen, K. et al. 2012, Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models, <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80>, (10.01.2017).

Sorensen, K. et al. 2015, „Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU)”, *European Journal of Public Health*, 25 (6): 1053–1058.

Statistik Austria. 2015, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014 - Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation, http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/6/8/CH1066/CMS1448449619038/gesundheitsbefragung_2014.pdf, (20.12.2016).

Su, Z., Khoshnood, K. & Forster, S.H. 2015, „Assessing impact of Community Health Nurse on improving primary care use by homeless/marginally housed persons”, *Journal of Community Health Nursing*, 32 (3): 161-169.

Underwood, J. et al. 2010, Maximizing Community Health Nursing Capacity In Canada: A Research Summary For Decision Makers, <http://www.cfhi-fcass.ca/PublicationsAndResources/ResearchReports/ArticleView/10-02-01/7a27ac4e-b4ae-4fe7-85b4-ae6cace609e.aspx>, (10.02.2017).

Wood-Baker, R. et al. 2012, „Clinical trial of community nurse mentoring to improve self-management in patients with chronic obstructive pulmonary disease”, *International Journal of COPD*, 7: 407-413.

World Health Organization. o.J., Health promotion, Track 2: Health literacy and health behaviour, <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>, (10.01.2017).

World Health Organization. 2013, Health Literacy: The Solid Facts, <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/publications/2013/health-literacy.-the-solid-facts>, (10.01.2017).

7. Anhang - Bewertungsbögen

Bewertungskriterien Quantitativ Studies

(nach Bauer 2014)

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?

The effect of home-based cardiac rehabilitation program on self efficacy of patients referred to cardiac rehabilitation center

Poorthagi et al.

Bewertung: 51 von 55 Punkten = 92,7 %

1. Setting, Population und Variablen sind enthalten. Design fehlt.
2. Ja reflektiert den Text gut.
3. Schildert den Background mit dem Ziel der Studie, die Methode, wichtige Resultate und die Schlussfolgerung mit einer Empfehlung für die Praxis.
4. Ja er ist gut gegliedert und verständlich.
5. Der Abstract ist eine gute Zusammenfassung der Studie. Es gibt keine Unterschiede.
6. Einleitung gut gegliedert – Allgemein zu Speziell. Forschungsfrage am Ende enthalten
7. Viele chronische Herzerkrankungen – zurückzuführen auf ungesunden Lebensstil – spezielle Rehabilitationsprogramme um gesundheitsfördernde und unabhängige Lebensweise zu ermöglichen
8. Ja beschreibt positive Effekte von Rehabilitationsprogrammen
9. Großteil aktuelle Literatur – älteste von 2002, und einige von 2003 und 2004
10. Keine richtigen Definitionen vorhanden
11. Unabhängig: Home-based cardiac rehabilitation program
Abhängig: Selbsteffizienz der Patienten und Patientinnen
12. Viele Studien über Rehabilitationsprogramme aber keine bezüglich einem Programm, das zu Hause durchgeführt wird
13. Ziel der Studie war es, die möglichen positiven Effekte eines zu Hause durchgeführten Rehabilitationsprogrammes auf die Selbsteffizienz der Patienten und Patientinnen
14. Erwähnt werden Methode, Durchführungszeitraum, ethische Zustimmung, informed consent, Population. Weiters werden die Intervention, der Fragebogen und Datenanalyse beschrieben.
15. Intervention ist sehr genau und verständlich beschrieben
16. Siehe Frage 7
17. Randomized controlled trial
18. Das Design ist passend für das Forschungsziel
19. 80

20. Keine genauen Angaben zum Auswahlverfahren – nur Setting, Ein- und Ausschlusskriterien bekannt
21. Teils angegebene Prozedur verfälscht nicht die Forschungsergebnisse. Angemessene Sample Size wurde vor Prozedur berechnet
22. Nur Angabe, dass zum Schluss 80 Teilnehmer und Teilnehmerinnen in eine Kontroll- und Interventionsgruppe aufgeteilt wurden. Wie viele potentielle Teilnehmer und Teilnehmerinnen den Einschlusskriterien entsprachen ist nicht bekannt.
23. Nein
24. Ja die Stichprobe ist angemessen, um die Forschungsfrage zu beantworten. Die durchgeführte G-Power Analyse ergab eine Sample Size von 80 Teilnehmern und Teilnehmerinnen und eine Effektgröße von 0,78 (0,95 power) wurde errechnet.
25. Studie wurde von der „Tabriz University of Medical sciences“ genehmigt.
26. Es wurde eine mündliche und schriftliche Zustimmung vorausgesetzt.
27. Tabriz Shahid Madani rehabilitation center – Iran
28. Ja, ist angemessen, da ein Einschlusskriterium die Teilnahme an einer Rehabilitation in diesem Center war.
29. Routinemäßige kardiologische Rehabilitation + praktisches und theoretisches Training zu Hause nach Rehabilitation
30. Ja wurde ausreichend beschrieben.
31. Keine Angaben
32. Die Partizipanten und Partizipantinnen hätten ohne Wissen teilnehmen können. Für die Forscher und Forscherinnen wäre dies nicht möglich gewesen.
33. Nein
34. Datenerhebung fand von Februar 2009 – Jänner 2010 statt und wurde mittels GSES (General Self-Efficacy Scale) durchgeführt. Nach 12. Rehabilitations-Einheit erste Datenerhebung. Der Fragebogen wurde insgesamt vier Mal von jedem Patient und jeder Patientin ausgefüllt.
35. Ja GSES ist ein reliables und valides Tool.
36. Ja ist angemessen für das gewählte Design
37. Nein

38. Die demographischen Daten wurden mittels deskriptiver Statistik analysiert und Unterschiede zwischen den Gruppen wurden mittels χ^2 und t-test ermittelt. Der GSES wurde mittels Minitab software analysiert.
39. $P < 0,05$
40. Ja ist angemessen.
41. Die Selbsteffizienz der Interventionsgruppe hat sich deutlich erhöht im Vergleich zur Kontrollgruppe.
42. Ja es wurden zuerst die demographischen Daten abgeführt und verglichen und zum Schluss die Ergebnisse der Selbsteffizienz dargestellt.
43. Ja
44. Ja es werden die beiden Gruppen verglichen und festgestellt inwieweit sich die Intervention auf die Selbsteffizienz der Teilnehmer und Teilnehmerinnen auswirkt.
45. Ja
46. Gute Gliederung.
47. Ja die Resultate werden mit denen von früheren Studien verglichen
48. Ja die Ergebnisse stimmen überein.
49. Ja indirekte Empfehlung für die Praxis
50. Weitere Forschung wird empfohlen, um die Effekte von zu Hause durchgeführten Rehabilitationsprogrammen auf die Gefühlslage, die Rückkehr in das Berufsleben, Komplikationen und andere Auswirkungen zu evaluieren.
51. Autor: Studie zielt nur auf den Effekt auf die Selbsteffizienz ab
52. Stärken sind vom Autor nicht angegeben. Es wurden jedoch passende Messinstrumente ausgewählt und eine angemessene Sample Größe rekrutiert.
53. Ja es wurde ein einheitlicher Stil verwendet
54. Ja, da die Studie die positiven Einflüsse einer Community Health Nurse auf die Gesundheitskompetenz ihrer Patienten und Patientinnen aufzeigt. Zeigt Ländern ohne eine Community Health Nurse konkrete Vorteile auf – könnte zu einer Einführung dieses Berufes führen.
55. Indirekte Vorteile

Clinical trial of community nurse mentoring to improve self-management in patients with chronic obstructive pulmonary disease

Wood-Baker et al.

Bewertung: 45 von 55 Punkten = 81,8 %

1. Population, Variablen und Methode sind enthalten. Setting fehlt.
2. Ja reflektiert den Text gut.
3. Schildert den Background mit dem Ziel der Studie, die Methode und wichtige Resultate. Keine direkte Empfehlung für die Praxis.
4. Ja
5. Nein stimmt alles überein
6. Einleitung enthält Definitionen, zeigt Relevanz auf und enthält das Forschungsziel. Gliederung geht von Allgemein zu Speziell.
7. Es gibt vermehrt chronische Erkrankungen und viele Rehabilitationsprogramme, welche sehr kostenintensiv sind. Erhöhung des Selfmanagements der Patienten und Patientinnen senkt die Kosten und führt zu einer verbesserten Lebensqualität.
8. Nicht wirklich – beschreibt nur, dass es viele Programme gibt und diese viel kosten
9. Der Großteil der Literatur ist älter als 10 Jahre. Jüngste Literatur einmal von 2012 und zweimal von 2006 – Rest älter
10. Ja COPD wird definiert
11. Abhängig: Selbstmanagement
Unabhängig: Intervention
12. Viele kostenintensive Programme und wenig Forschung im Bereich Selbstmanagement
13. Forschungsfrage wird nicht angegeben. Forschungsziel: Evaluierung der Auswirkungen eines durch eine Community Health Nurse geführten Mentoring-Programm auf das Selbstmanagement der Patienten und Patientinnen
14. Erwähnt werden Methode, Ein- und Ausschlusskriterien, Population, Intervention, Datenerhebung und Datenanalyse.
15. Intervention ist sehr genau und verständlich beschrieben
16. Siehe Frage 7
17. Controlled clinical trial
18. Ja ist angemessen

- 19.106
20. Ein Krankenhaus wurde kontaktiert und die Patienten und Patientinnen dieses Hauses mittels Ein- und Ausschlusskriterien ausgewählt – ungenaue Angaben
21. Nein
22. Keine genauen Angaben – 319 identifizierte Teilnehmer und Teilnehmerinnen – 105 entsprechen nicht Einschlusskriterien und 62 wollten nicht teilnehmen – 47% haben Studie beendet
23. Ja – 14 Teilnehmer und Teilnehmerinnen beendeten die Studie frühzeitig und 23 starben während der Studie
24. Ja, alle Einschlusskriterien werden erfüllt
25. Ja, die Studie wurde von der „Human Research Ethics Committee Network“ bewilligt
26. Keine Angaben bezüglich Zustimmung
27. Die Daten wurden im Rahmen der Hausbesuche erhoben
28. Ja ist angemessen
29. Community Health Nurses erhoben Gesundheitszustand der Patienten und Patientinnen und entwarfen mit diesen Strategien. Regelmäßige Telefonate um Fortschritte zu dokumentieren. Patienten und Patientinnen mussten täglich Tagebuch bezüglich gewisser Vitalparameter und ihrem Gesundheitszustand führen.
30. Ja
31. Keine Angaben
32. Nein
33. Ja das Alter der Patienten und Patientinnen
34. SF-26 – multipurpose short term health survey, Stanford Self-efficacy scale, Hospital Anxiety und Depression Scale
35. Keine Angaben diesbezüglich
36. Ja ist angemessen
37. Nein
38. Für die Analyse wurde SPSS Version 18.0 verwendet. Unterschiede zwischen den Gruppen wurden mittels t-Test und Wilcoxon Test gemessen. Weiters wurde der Chi-squared test und Kaplan-Meier Test verwendet.
39. $P < 0,05$
40. Ja ist angemessen

41. Intervention hat keine deutlichen Auswirkungen auf Gesundheit und Selbstmanagement der Patienten und Patientinnen. Effekte auf physische Funktion und Gesundheitsstatus
42. Nein, sehr verwirrend unterteilt und formuliert
43. Ja
44. Ja
45. Ja werden in Tabellen gut veranschaulicht
46. Diskussion gut gegliedert
47. Vergleiche werden mit bereits vorhandener Literatur hergestellt
48. Ja stimmen überein
49. Ja indirekt
50. Ja
51. Nur 47% haben die Studie beendet
52. Trotz der 47 % wenige aber deutliche Effekte festzustellen
53. Ja ist einheitlich
54. Nein, da die Effekte zu gering sind und noch mehr Forschungsbedarf besteht
55. Indirekt

The influence of nurse home visits, including provision of 3-months of contraceptives and contraceptive counselling, on perceived barriers to contraceptive use and contraceptive use self-efficacy

Melnick et al.

Bewertung: 48 von 55 Punkten = 87,3 %

1. Variablen und Setting sind enthalten. Methode und Population fehlen.
2. Ja
3. Abstrakt fehlt
4. –
5. –
6. Einleitung gut gegliedert. Aufbau von Allgemein zu Speziell.
7. Ungewollte Schwangerschaften großes Problem – keine konsequente Verwendung von Verhütung – Viele Barrieren verhindern Nutzung von öffentlichen Gesundheitszentren
8. Ja
9. Großteil älter als 10 Jahre – keine Literatur jünger als 9 Jahre

10. Nein
11. Abhängig: konsequente Nutzung von Kontrazeptiva und Barrieren
Unabhängig: Intervention
12. Siehe Frage 7
13. Forschungsfrage nicht angegeben. Forschungsziel: Evaluierung der Effekte einer Beratung bezüglich Familienplanung und Kontrazeptiva auf die konsequente Nutzung von Kontrazeptiva und Barrieren, welche dies verhindern.
14. Der Methodenteil beinhaltet die Stichprobe, die Intervention, Datenerhebung, Messmethoden und die Datenanalyse
15. Intervention ist sehr genau und strukturiert beschrieben
16. Siehe Frage 7
17. Randomized controlled trial
18. Ja ist angemessen
19. 103
20. Die Teilnehmerinnen wurden über Gesundheitsagenturen ermittelt und passenden Frauen wurde in den Warteräumen angeboten an der Studie teilzunehmen. Genaue Beschreibung des Vorgehens.
21. Nein
22. 245 Frauen erfüllten die Einschlusskriterien, davon nahmen 103 an der Studie teil
23. 10 Frauen beendeten die Teilnahme frühzeitig
24. Ja ist angemessen
25. Keine Angaben bezüglich ethischer Genehmigung
26. Ja es wurde eine schriftliche Zustimmung eingeholt
27. Die Datenerhebung fand bei den Frauen zu Hause statt
28. Ja ist angemessen
29. Schulungen bezüglich Reproduktionssystem und Kontrazeptiva - Kontrazeptiva wurden vorbereitet, Anregungen Gesundheitszentren zu besuchen
30. Ja
31. Keine Angaben diesbezüglich
32. Ja wäre möglich gewesen
33. Amerikanisches Gesundheitssystem
34. Fragebögen von Sable, Libbus und Chiu & von Soler et. Al übernommen
35. Keine Angaben diesbezüglich

36. Ja ist angemessen
37. Nein
38. Für die Datenanalyse wurde Chi-Square verwendet. T-Test wurde verwendet, um einzelne Ergebnisse zu vergleichen. Für die statistische Auswertung wurde SPSS Version 15.0 verwendet.
39. $p < 0,05$
40. Ja ist angemessen
41. Intervention verringert einige Barrieren und erhöht die Selbsteffizienz der Frauen in Bezug auf die konsequente Nutzung von Kontrazeptiva
42. Ja gut strukturiert
43. Ja
44. Ja wird durch die Ergebnisse beantwortet
45. Ja
46. Diskussion ist gut strukturiert
47. Ja die Resultate werden mit früheren Ergebnissen verglichen und diskutiert
48. Ja stimmen überein
49. Zeigt das Hausbesuche positive Effekte haben – in Praxis umsetzen
50. Ja – sehr viele Limitationen – weitere Forschung wird empfohlen
51. Kleine Stichprobengröße, unerkannte Barrieren, Frauen wussten, dass sie an einer Studie bezüglich Kontrazeptiva Gebrauch teilnahmen – könnte Resultate beeinflussen, für bessere Überprüfung der Ergebnisse hätte noch eine Kontrollgruppe sein müssen, Forschungsassistenten, welche Fragebögen auswerteten, wussten über Gruppeneinteilung Bescheid
52. Deutliche Ergebnisse – sehr Aussagekräftig
53. Ja es gibt einen einheitlichen Stil
54. Ja, trotz der vielen Limitationen deutliche positive Effekte auf Frauen – indirekte Vorteile – Arbeitsentlastung, Kostensenkung für Gesundheitssystem durch weniger unerwartete Schwangerschaften
55. indirekt

Evaluation of the AIDS prevention street nurse program: one step at a time

Hilton, Thompson & Moore-Dempsey

Bewertung: 42 von 55 Punkten = 76,4 %

1. Setting, Population, Variablen und Methode fehlen
2. Nein, es fehlen wichtige Informationen
3. Beinhaltet Methode, Sample, die Datenerhebung und Hauptergebnisse. Datenanalyse und Hintergrund fehlen.
4. Abstract bietet keinen guten Überblick über das Thema. Der Background wird nicht angegeben.
5. Nein Abstract und Text sind einheitlich
6. Guter Aufbau und Einführung – Aufteilung mit Beschreibung des Programmes
7. Bisher geringe Evaluation des Programmes
8. Wenig Literatur
9. Nein die verwendete Literatur ist älter als 10 Jahre
10. Ja
11. Abhängig: Verhalten und Wissen der Teilnehmer und Teilnehmerinnen
Unabhängig: Programm – Intervention
12. Siehe Frage 7
13. Forschungsfrage wird nicht erwähnt. Forschungsziel: Evaluierung des Einflusses der Community Health Nurses auf die Teilnehmer und Teilnehmerinnen – ungenaue Beschreibung des Forschungszieles. Sehr verwirrender Aufbau
14. Der Methodenteil beschreibt die verwendeten Methoden – qualitative und quantitative – beschrieben werden aber nur die qualitativen, Beinhaltet weiters Datenerhebung, Stichprobe und die Datenanalyse
15. Ja
16. Siehe Frage 7
17. Qualitatives und Quantitatives Design
18. Ja
19. 84
20. Das Evaluation Advisory Committee veranlasste Gruppensitzungen wodurch Zielgruppen identifiziert wurden.

21. Nein
22. Keine Angaben
23. Keine Angaben
24. Ja ist angemessen
25. Genehmigt wurde die Studie durch die das Ethik Komitee der University of British Columbia
26. Schriftliche Einwilligungserklärungen wurden eingeholt
27. Downtown Eastside und British Columbia Correctional Center for Women
28. Ja ist angemessen
29. Street Nurse Program
30. Ja
31. Keine Angaben diesbezüglich
32. Nein wäre nicht möglich gewesen
33. Nein
34. Fragebogen, Ermittlung der Daten mittels semi-strukturierten Interviews, Dauer 30 Minuten bis zwei Stunden
35. Wird nicht erwähnt
36. Ja ist angemessen
37. Wäre möglich das die Teilnehmer und Teilnehmerinnen durch Interviews beeinflusst werden
38. Daten wurden transkribiert und verglichen. Das Team besprach die Ergebnisse, Zitierungen wurden verwendet
39. Keine Angaben diesbezüglich
40. Ja ist angemessen
41. Erhöhtes Wissen bezüglich sexuell übertragbarer Erkrankungen und HIV/AIDS, Verbessertes Verhalten in Bezug auf die eigene Gesundheit, Verbesserte Krankheitsprävention, Verbesserter Zugang zu einer Gesundheitsversorgung
42. Ja sind in Unterkapitel gegliedert
43. Keine Tabellen
44. Ja es wird das Forschungsziel erreicht
45. Nein
46. Diskussion ist gut strukturiert und bietet einen abschließenden Überblick. Zeigt noch einmal die Relevanz auf.
47. Ja

- 48. Ja stimmen überein
- 49. Ja indirekte Empfehlung durch die positiven Ergebnisse
- 50. Ja weitere Forschung diesbezüglich ist notwendig
- 51. Die Stichprobe limitiert die Studie, da nur Menschen mit guten Erfahrungen teilnahmen
- 52. Keine Angaben diesbezüglich
- 53. Ja ist einheitlich
- 54. Ja, es wird die Relevanz von Wissensförderung aufgezeigt
- 55. Es ist ein indirekter Nutzen für die Praxis, da das Pflegepersonal erkennen kann, inwiefern sie ihre Patienten und Patientinnen fördern können

Assessing impact of Community Health Nurse on improving primary care use by homeless/marginally housed persons

Su et al.

Bewertung: 49 von 55 Punkten = 89,1 %

- 1. Beinhaltet Variablen und Population. Setting und Methode fehlt.
- 2. Ja
- 3. Beinhaltet Methode, Intervention, Datenerhebung, Stichprobe, Hauptergebnisse und Empfehlung für die Zukunft.
- 4. Ja
- 5. Nein stimmt alles überein
- 6. F
- 7. Viele chronischen Erkrankungen – nur Problembehandlung, keine Ursachenklärung – hohe Kosten für das Gesundheitssystem – bessere Prävention notwendig
- 8. Ja
- 9. Ja der Großteil der Literatur ist nicht älter als 10 Jahre
- 10. Nein
- 11. Abhängig: Nutzung von Primärversorgung
Unabhängig: Kontakt mit Community Health Nurse
- 12. Noch keine Studien in den USA, welche die Auswirkungen von Kontakt mit einer Community Health Nurse erforschen

13. Keine Angabe bezüglich Forschungsfrage. Forschungsziel: Bestimmung des Einflusses von regelmäßigem Kontakt mit einer Community Health Nurse auf die Nutzung von Primärversorgung
14. Beinhaltet Stichprobe, Stichprobenauswahl, Datenerhebung, Messinstrumente und Datenanalyse
15. Ja sind genau beschrieben
16. Siehe Frage 7 und 12
17. Quantitativ cross-sectional survey study
18. Ja ist angemessen
19. 76
20. Cluster Sampling
21. Ja da die Teilnehmer und Teilnehmerinnen von den Forschern ausgewählt wurden
22. 112 Personen, die den Einschlusskriterien entsprechen. Davon nahmen 76 an der Studie teil
23. Nein
24. Ja ist angemessen
25. Keine Angaben diesbezüglich
26. Ja eine schriftliche Einverständniserklärung wurde eingeholt
27. Keine Angaben
28. –
29. Fragebogen wurde bei Interviews abgefragt – dauern weniger als 10 Minuten und Teilnehmer und Teilnehmerinnen werden entlohnt
30. Ja wird gut beschrieben
31. Ja
32. Wäre anders nicht möglich gewesen
33. Nein
34. Strukturierter Fragebogen mit geschlossenen Fragen
35. Keine Angaben diesbezüglich
36. Ja ist angemessen
37. Interviews können immer beeinflussend sein
38. Statistische Analyse wurde mit Minitab 17 durchgeführt. Unterschiede wurden mit z-Test ermittelt
39. $p < 0,05$

- 40. Ja ist angemessen
- 41. Regelmäßiger Kontakt mit einer Community Health Nurse hat deutliche Auswirkungen auf das Wissen der Patienten und Patientinnen und signifikanten Effekt auf die Nutzung von Primärversorgung
- 42. Ja sind gut strukturiert
- 43. Eher schwer zu verstehen
- 44. Ja durch die Ergebnisse wird die Forschungsfrage beantwortet
- 45. Ja
- 46. Diskussion ist gut strukturiert
- 47. Ja Ergebnisse werden mit bisherigen Resultaten von Studien verglichen und diskutiert
- 48. Ja stimmen überein
- 49. Keine Angaben
- 50. Weitere Forschung bezüglich Barrieren
- 51. Schwer zu erheben, ob regelmäßiger Kontakt mit einer Community Health Nurse die Nutzung von Primärversorgung beeinflusst oder dies eher umgekehrt ist. Es wurde nur ein kleiner Teil an Barrieren ermittelt, Auswahl der Teilnehmer und Teilnehmerinnen
- 52. Keine Angaben diesbezüglich – Ergebnisse sind sehr deutlich
- 53. Ja der Stil ist einheitlich
- 54. Ja im indirekten Sinn – Kosten für das Gesundheitssystem werden gesenkt und die Versorgungsstellen entlastet
- 55. Indirekt

The effect of community health nurse home visit on self-care self-efficacy of the elderly living in selected Falavarjan villages in Iran in 2010

Hosseini, Torkani & Tavakol

Bewertung: 52 von 55 Punkten = 94,5 %

- 1. Beinhaltet Setting, Population und Variablen. Methode fehlt.
- 2. Ja reflektiert den Text
- 3. Beinhaltet Background, Methode, wichtige Hauptergebnisse und Empfehlungen
- 4. Ja
- 5. Nein stimmt überein
- 6. Ist gut strukturiert. Und bietet eine gute Einführung in das Thema

7. Ältere Menschen sind oft aufgrund von gesundheitlicher Einschränkungen abhängig von Angehörigen. Wichtig ist deshalb die Förderung der Selbsteffizienz
8. Ja
9. Der Großteil der Literatur ist nicht älter als 10 Jahre
10. Nein
11. Abhängig: Selbsteffizienz der Patienten und Patientinnen
Unabhängig: Intervention
12. Wenig Forschung auf diesem Gebiet
13. Forschungsfrage wird nicht erwähnt. Forschungsziel: Evaluierung der Auswirkungen von Hausbesuchen einer Community Health Nurse auf die Selbsteffizienz ihrer Patienten.
14. Beinhaltet Methode, Stichprobe, Intervention und Datenerhebung
15. Ja sind gut beschrieben
16. Siehe Frage 7
17. Pre- and post quasi experimental study
18. Ja ist angemessen
19. 38
20. Mittels Cluster Sampling wurden fünf Gemeinden mit einem Gesundheitszentrum ausgewählt. Mittels systematic sampling wurden danach sieben bis acht Patienten und Patientinnen ausgewählt. Diese wurden angerufen und über die Studie aufgeklärt.
21. Nein
22. 38 Teilnehmer und Teilnehmerinnen wurden ausgewählt und 33 nahmen an der Studie teil
23. 5 Teilnehmer und Teilnehmerinnen beendeten die Studie frühzeitig
24. Ja ist angemessen
25. Keine Angaben diesbezüglich
26. Mündliches Einverständnis wurde eingeholt
27. Die Datenerhebung fand im Rahmen von Hausbesuchen statt
28. Ja ist angemessen
29. Die Intervention beinhaltete Schulungen bezüglich Gesundheitsförderung, Selbsteffizienz, Krankheiten, Medikamentenhandhabung, Lehreinheiten bezüglich Blutzucker- und Blutdruckmessung

30. Ja ist sehr genau und detailliert beschrieben
31. Es gibt keine Kontrollgruppe, also wussten die Patienten und Patientinnen, dass sie die Intervention erhielten
32. –
33. Nein
34. Interview mit Fragebogen bezüglich demographischer Daten, Selbsteffizienz, Ernährung, Gesundheitsverhalten, Wohlbefinden und Aktivität
35. Ja
36. Ja
37. Wäre möglich, da der Fragebogen mittels Interview erhoben wurde
38. Demographische Statistik und t-Test
39. $p < 0,05$
40. Ja ist angemessen
41. Die Selbsteffizienz ist nach der Intervention deutlich erhöht
42. Ja
43. Ja
44. Ja durch die Resultate wird das Forschungsziel erreicht
45. Ja
46. Gute Gliederung der Diskussion
47. Ja es wird mit früherer Literatur verglichen
48. Ja stimmen überein
49. Nein
50. Ja es sollte noch Forschung mit einer größeren Stichprobe betrieben werden
51. Keine Kontrollgruppe, kleine Stichprobengröße
52. -
53. Ja ist einheitlich
54. Indirekter Vorteil – durch die erhöhte Selbsteffizienz der Patienten und Patientinnen brauchen diese weniger Unterstützung. Zeitersparnis für Personal
55. Indirekt

A quasi-experimental study on a community-based stroke prevention programme for clients with minor stroke

Sit et al.

Bewertung: 52 von 55 Punkten = 94,5 %

1. Beinhaltet Methode und Population. Setting und Variablen fehlen.
2. Ja
3. Der Abstract beinhaltet den Background mit dem Forschungsproblem und –ziel, das Design, die Methode, die Hauptergebnisse und eine Schlussfolgerung. Weiters die Relevanz für die Praxis aufgezeigt.
4. Ja
5. Nein Abstract und Text stimmen überein.
6. Die Einleitung ist in Unterkapitel gegliedert und beinhaltet ein Literaturreview und das Forschungsziel.
7. Auswirkungen einer TIA werden oft unterschätzt. Es ist wichtig das Verhalten in eine gesundheitsfördernde Richtung zu lenken, um weitere Schlaganfälle zu verhindern.
8. Ja es wird Bezug auf Literatur genommen
9. Die Literatur ist älter als 10 Jahre
10. Nein
11. Abhängig: Wissen, Verhalten
Unabhängig: Intervention
12. Siehe Frage 7
13. Forschungsfrage wird nicht angegeben. Forschungsziel: Evaluierung des Effektes eines Schlaganfallpräventionsprogrammes auf das Wissen und Verhalten der Patienten und Patientinnen.
14. Beinhaltet das Design, die Stichprobe, die Datenerhebung, ethische Zulassung, Messinstrumente, die Intervention und die Datenanalyse
15. Der Methodenteil ist sehr gut strukturiert und ausreichend beschrieben
16. Siehe Frage sieben
17. Quasi-experimental study
18. Ja ist angemessen
19. 190

20. Keine genauen Angaben bezüglich des Auswahlverfahrens. 190 potentielle Teilnehmer und Teilnehmerinnen, die den Einschlusskriterien entsprachen, wurden ausgewählt.
21. –
22. 147 von 190 Teilnehmer und Teilnehmerinnen nahmen bis zum Schluss der Studie teil
23. 44 Teilnehmer und Teilnehmerinnen beendeten die Studie frühzeitig
24. Ja ist angemessen. Es erfüllt die Kriterien, um die Forschungsfrage zu beantworten.
25. Ja das „human subject ethical committee of the Hong Kong Polytechnic University“ erteilte die ethische Zulassung
26. Schriftliche und mündliche Einverständniserklärungen wurden von jedem Teilnehmer und jeder Teilnehmerin eingeholt
27. Keine Angaben bezüglich des Settings
28. –
29. Die Intervention ist in einem eigenen Unterkapitel genau beschrieben. In mehreren Schulungseinheiten klärte eine Community Health Nurses die Teilnehmer und Teilnehmerinnen über Risikofaktoren, Erstmaßnahmen und einen gesundheitsfördernden Lebensstil auf.
30. Ja
31. Keine Angaben diesbezüglich
32. Wäre für die Teilnehmer und Teilnehmerinnen möglich gewesen
33. Nein
34. Ein Fragebogen wurde im Rahmen von Interviews abgefragt.
35. Ja genaue Angaben diesbezüglich im Text
36. Ja ist angemessen
37. Nein
38. Intervention-treat-analysis wurde angewendet und die einzelnen Erhebungen zu vergleichen. Weiters wurde der Friedman-test, Cochran's Q-test, nQuery Advisor und SPSS version 11.0 verwendet
39. $p < 0,025$
40. Ja ist angemessen.

41. Das Wissen der Teilnehmer und Teilnehmerinnen hat sich signifikant erhöht, das Verhalten orientiert sich gesundheitsfördernd und die Selbstständigkeit bei der Messung von Vitalzeichen ist gegeben.
42. Ergebnisse werden in einer Tabelle dargestellt
43. Ja sind mittels Legende gut zu verstehen
44. Ja durch die Ergebnisse wird die Forschungsfrage beantwortet
45. Ja
46. Der Diskussionsabschnitt ist in Unterkapitel unterteilt und gut strukturiert. Bietet einen guten abschließenden Überblick.
47. Ja es wird mit Literatur verglichen
48. Ja stimmen überein
49. Es sollen evidenzbasierte Leitlinien entwickelt werden, um Interventionen zu etablieren.
50. Basierend auf den Hauptergebnissen dieser Studie sollte weitere Forschung auf diesem Gebiet durchgeführt werden. Weitere Forschung in Bezug auf passende Ernährung für TIA Patienten und Patientinnen.
51. Kein Zugang zu den Krankengeschichten der Teilnehmer und Teilnehmerinnen, die Ernährungsschulung war sehr allgemein gehalten, Hawthorne Effect ist möglich
52. Keine Angaben diesbezüglich, Stichprobe war angemessen
53. Ja ist einheitlich
54. Ja, wenn Patienten und Patientinnen besser informiert sind verringert sich folgende Schlaganfälle. Das Gesundheitssystem wird entlastet.
55. indirekt

Evaluation of a community-based program for breast self-examination offered by the Community Health Nurse Practitioner in Korea

Lee et al.

Bewertung: 48 von 55 Punkten = 87,3 %

1. Beinhaltet indirekt die Population und Setting. Weiters sind die Variablen enthalten. Methode fehlt.
2. Ja reflektiert den Text
3. Der Abstrakt beinhaltet den Background, das Forschungsziel, die Methode und Hauptergebnisse.

4. Ja ist gut verständlich und spiegelt den Text wieder.
5. Nein ist einheitlich.
6. Einleitung ist gut gegliedert und zeigt Forschungsproblem auf. Beinhaltet auch ein Literaturreview.
7. Brustkrebs ist häufigste Krebsart in Korea. Wenige Frauen nehmen Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch. Todesrate kann durch regelmäßige Untersuchungen verringert werden.
8. Ja
9. Der Großteil der Literatur ist nicht älter als zehn Jahre.
10. Nein
11. Abhängig: Verhalten der Frauen – Selbstständige Durchführung der BSE
Unabhängig: Intervention
12. Viele Frauen in Korea wissen unzureichend über die BSE Bescheid.
13. Forschungsfrage ist nicht angegeben. Forschungsziel: Evaluierung von BSE Programmen in Korea
14. Beinhaltet Stichprobe, Messinstrumente, Datenerhebung, die Intervention und die Datenanalyse
15. Ja sind ausreichend beschrieben und in Unterkapitel unterteilt.
16. Siehe Frage 7 und 12
17. quasi-experimental study
18. Ja ist angemessen
19. 494
20. Frauen die „Community Health Care Posts“ besuchten wurden über die Studie informiert und getestet. Sie mussten gewisse Einschlusskriterien erfüllen. Unter anderem mussten sie ein gewisses Risiko an Brustkrebs zu erkranken aufweisen.
21. Nein
22. Von 494 in Frage kommenden Frauen beendeten 324 die Studie
23. Keine Angaben diesbezüglich
24. Ja ist angemessen, um die Forschungsfrage zu beantworten. Stichprobe entspricht den Einschlusskriterien und eine Poweranalyse wurde durchgeführt.
25. Keine Angaben diesbezüglich
26. Keine Angaben diesbezüglich, wäre möglich gewesen
27. Keine Angaben diesbezüglich

- 28.–
29. Schulungseinheiten bezüglich Notwendigkeit der Vorsorgeuntersuchung und Übungseinheiten bezüglich BSE
30. Ja ist gut beschrieben
31. Keine Angaben diesbezüglich
32. Wäre für die Frauen möglich gewesen
33. Nein
34. Fragebogen im Rahmen eines Interviews
35. Ja
36. Ja ist angemessen
37. Nein
38. T-test, chi-square test wurden angewendet um Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe zu dokumentieren. ANCOVA wurde angewendet, um den Wissensstand der Gruppen zu vergleichen.
39. $p < 0,05$
40. Ja ist angemessen
41. Der Wissensstand der Frauen ist signifikant gestiegen und die BSE wurde regelmäßig durchgeführt.
42. Ja werden in einer Tabelle angegeben und im Ergebnisteil angeführt
43. Ja sind gut verständlich
44. Ja die Ergebnisse beantworten die Forschungsfrage
45. Ja
46. Die Diskussion ist gut strukturiert und bietet eine gute Übersicht der Ergebnisse.
47. Die Ergebnisse werden mit bisheriger Literatur verglichen und diskutiert.
48. Ja stimmen überein.
49. Keine Angaben diesbezüglich
50. Analyse des Effektes von Erkrankungsrisiko und Schulung separat. Das Wissen über ihr Erkrankungsrisiko könnte die Frauen angeregt haben regelmäßige BSE durchzuführen.
51. Die Erhebung bezüglich des Erkrankungsrisikos und der regelmäßigen Durchführung der BSE fanden gleichzeitig statt.
52. Stichprobe entsprach den Einschlusskriterien und es wurde eine Poweranalyse durchgeführt. Messinstrumente waren reliabel und valide.
53. Ja ist einheitlich

54. Ja indirekt haben die Resultate Auswirkungen auf die Praxis. Frauen legen sehr viel Wert auf die Meinung von Pflegekräften und Ärzten, sowie Ärztinnen. Deshalb sollte darauf geachtet werden, dass diese Gesundheitsberufe eine aufklärende Position einnehmen.

55. Indirekt