

Bachelorarbeit

Barrieren bezüglich der Umsetzung einer Dekubitusprophylaxe im Krankenhaus

eingereicht von

Zeljana Kondic

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Nursing Science

(BScN)

Medizinische Universität Graz

Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von

Dr.in Manuela Hödl, MSc, BSc

Graz, 28.03.2019

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit 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.

Graz, am 28.03.2019

Zeljana Kondic, e.h.

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Dekubitusinzidenz ist ein Indikator für die Qualität der Pflege. Durch die zunehmende Zahl von Dekubitusraten steigt der Pflegebedarf, was nicht nur für die PatientInnen ein großes Problem darstellt, sondern auch für die medizinischen Fachkräfte. Eine hohe Dekubitusinzidenz erhöht die Behandlungskosten sowie die Mortalitäts- und Morbiditätsraten. Trotz zahlreicher Präventionsmaßnahmen, die im Krankenhaus durchgeführt werden, stellt der Dekubitus immer noch eine Herausforderung dar.

Ziel: Das Ziel dieser Arbeit war es herauszufinden, welche Faktoren die Umsetzung von präventiven pflegerischen Maßnahmen bezüglich des Dekubitus im Krankenhaus beeinflussen.

Methode: Es wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Die Literaturrecherche, eingeschränkt auf die Jahre 2008-2018, fand von Mitte Oktober bis Ende November 2018 statt. Es wurde in den Online-Datenbanken PubMed, CINAHL und in der Suchmaschine Google Scholar nach Literatur gesucht. Insgesamt wurden zehn Studien in den Ergebnisteil integriert. Alle Studien wurden mit Bewertungsbogen nach Hawker et al. (2002) auf deren Qualität geprüft.

Ergebnisse: Die Ergebnisse, die aus diesen zehn Studien erfasst werden konnten, wurden im Hinblick auf die verschiedenen Barrieren dargelegt. Diese wurden in die fünf Kategorien Wissensdefizit, Einstellung, schwer kranke und unkooperative PatientInnen bzw. Multimorbidität, Ressourcenmangel sowie weitere Barrieren unterteilt und beschrieben.

Schlussfolgerung: Die am häufigsten genannten Einflussfaktoren, die in der Literatur beschrieben wurden, sind Wissen, Einstellung der Pflegepersonen in Hinsicht auf die Dekubitusprävention, schwer kranke PatientInnen bzw. Multimorbidität, Ressourcenmangel (Zeit-, Personal-, Hilfsmittelmangel) sowie andere Barrieren wie beispielsweise Schwierigkeiten mit der Technologie umzugehen, Bettwäschemangel und Arbeitsunzufriedenheit. Da es bisher noch wenig Literatur zu diesem Thema gibt, sind weitere Untersuchungen erforderlich.

Schlüsselwörter: Dekubitus, Barrieren, Prävention, Krankenhaus

ABSTRACT

Background: Pressure ulcers indicate how high the quality of care is. Due to the increasing number of pressure ulcers, the need for care is increasing, which is not only a big problem for the patients, but also for the medical professionals. A high pressure ulcer incidence increases treatment costs, as well as mortality and morbidity rates. Despite numerous preventive measures which are done in a hospital, pressure ulcers are still a challenge.

Aim: The aim of this thesis is to find out which factors influence the implementation of preventive care measures, for pressure ulcers, in hospitals.

Methods: A systematic literature search was carried out from mid-October to the end of November 2018. Studies between the years of 2008 and 2018 were searched, in the online databases PubMed, CINAHL, and in the search engine Google Scholar. In total, ten studies were included into the results section. All studies evaluated for their quality with Hawker et al. (2002).

Results: The results of these ten studies were presented in terms of the various barriers. These were divided and described into five categories: knowledge deficit, recruitment, severely ill and uncooperative patients or multimorbidity, resource shortages, and other barriers.

Conclusion: The most frequently mentioned influencing factors described in the literature were knowledge, attitude of caregivers with regard to decubitus prevention, critically ill patients or multimorbidity, lack of resources (lack of time, staff, aids), as well as other barriers, such as difficulties in working with the technology, bed linen shortage, and job dissatisfaction. Due to limited literature, it can be concluded that more research is needed on this topic.

Key words: pressure ulcer, barriers, prevention, hospital

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1 Dekubitus	1
1.2 Risikofaktoren	3
1.3 Prävention	5
1.4. Relevanz	5
1.5. Forschungsfrage und Forschungsziel.....	6
2. Methode	7
2.1. Design	7
2.2. Ein- und Ausschlusskriterien.....	7
2.3. Datensammlung	7
2.4. Prozess der Studienauswahl.....	8
3. Ergebnisse	11
3.1. Charakteristika der eingeschlossenen Studien.....	15
3.2. Wissensdefizit	17
3.3. Einstellung	19
3.4. Schwer kranke und unkooperative PatientInnen bzw. Multimorbidität	20
3.5. Ressourcenmangel	23
3.6. andere Barrieren	25
4. Diskussion	26
5. Schlussfolgerung	31
6. Forschungs- und Praxisempfehlungen	31
6.1. Empfehlungen für die Forschung	31
6.2. Empfehlungen für die Praxis	32

Literaturverzeichnis	33
-----------------------------------	-----------

Anhang: Kritische Bewertung nach Hawker et al. (2002).....	37
---	-----------

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Kategorieinteilung nach NPUAP, EPUAP und PPPIA	2
Tabelle 2: Suchstrategien in den Onlinedatenbanken	8
Tabelle 3: Kurzübersicht über die kritische Bewertung der eingeschlossenen Studien	10
Tabelle 4: Charakteristika der eingeschlossenen Studien	12

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flow Chart	9
-------------------------------	---

1. Einleitung

Die Haut ist das größte Organ des menschlichen Körpers mit einer Gesamfläche von 1,5-2m² und dem Gewicht von circa 3-10kg. Die Hauptaufgabe der Haut ist der Schutz des menschlichen Organismus vor negativen Umwelteinflüssen. Die Haut besteht aus drei großen Schichten Epidermis (Oberhaut), Dermis (Lederhaut, Korium) und Subkutis (Unterhaut). (Wolfram Sterry 2018)

Die Struktur und die Funktionsfähigkeit der Haut verändern sich mit zunehmendem Alter. Die Haut wird dünner und verliert ihre Barriere- und Schutzfunktion. Diese Veränderungen führen zu einer Anfälligkeit für Erkrankungen und Störungen. Eine Folge ist unter anderem ein erhöhtes Risiko für die Entstehung von chronischen Wunden (Balzer et al. 2018).

Als chronische Wunden werden jene Wunden bezeichnet, bei denen der Heilungsprozess drei Monate oder länger dauert bzw. die nach einer dreimonatigen optimalen Behandlung keine Heilungstendenz zeigen (Werdin et al. 2009).

Neben anderen Wunden wie zum Beispiel dem Ulcus Cruris und dem diabetischen Fuß, zählt auch der Dekubitus zu den chronischen Wunden (Balzer et al. 2018).

1.1. Dekubitus

Die internationale Dekubitus Definition nach dem European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPAUP), dem National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPAUP) und der Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA) lautet:

„Ein Dekubitus ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und/oder des darunter liegenden Gewebes, typischerweise über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder Druck in Verbindung mit Scherkräften. Es gibt eine Reihe weiterer Faktoren, welche tatsächlich oder mutmaßlich mit Dekubitus assoziiert sind; deren Bedeutung aber noch zu klären ist.“ (NPUAP, EPUAP, PPPIA, 2014: S. 14)

Der Dekubitus wird in vier beziehungsweise sechs Kategorien eingeteilt. Diese Klassifikation ist von der Tiefe der Hautschädigung bzw. Gewebeschädigung abhängig.

Tabelle 1: Kategorieneinteilung nach NPUAP, EPUAP und PPIA

<p>Kategorie/Stufe/Grad 1</p>	<p>Umschriebene Erythem/Rötung der intakten Haut, die nicht wegdrückbar ist. Der betroffene Bereich ist im Vergleich mit umgebendem Gewebe schmerzhaft, wärmer, kälter, weicher oder härter. Die Farbe der betroffenen Haut unterscheidet sich von umgebender Haut. Aufgrund der dunkleren Hautfarbe, bei manchen Personen, kann es zu Schwierigkeiten kommen, den Dekubitus Kategorie/Stufe/Grad zu erkennen.</p>
<p>Kategorie/Stufe/Grad 2</p>	<p>Oberflächliche Hautläsion (Epidermis) mit Schädigungen bis zu Dermis/Lederhaut ist möglich, die sich als ein flaches, offenes Ulcus manifestiert. Das Ulcus hat einen roten oder rosafarbenen Wundgrund, bei dem keine Beläge vorliegen. In diesem Stadium zeigt sich der Dekubitus in Form einer intakten oder offenen Blase.</p>
<p>Kategorie/Stufe/Grad 3</p>	<p>Vollständiger Haut- bzw. Gewebeverlust, in dem alle Hautschichten zerstört sind. Das subkutane Fett sowie die Taschenbildungen können ersichtlich sein, die Knochen, Sehnen und Muskeln jedoch nicht. Die Tiefe ist von anatomischer Lokalisation abhängig, da sich das subkutane Gewebe nicht überall befindet. Ein Beispiel dafür ist das Ohr, wo sich ein oberflächlicher Dekubitus entwickeln kann. Demgegenüber entwickelt sich bei sehr adipösen Bereichen ein sehr tiefer Dekubitus der Kategorie/Stufe bzw. des Grades 3. Trotzdem sind Knochen, Sehnen und Muskeln nicht sichtbar.</p>
<p>Kategorie/Stufe/Grad 4</p>	<p>Vollständige Gewebsnekrose mit offenliegenden Knochen, Sehnen oder Muskeln. Die Tiefe variiert je nach der anatomischen Lokalisation der Schädigung. Ein Dekubitus der Kategorie/Stufe bzw. des Grades 4 kann sich auf Muskeln</p>

	sowie auf die unterstützenden Strukturen, wie Faszien, Sehnen und Gelenkkapseln ausweiten.
Dekubitus, der keiner Kategorie/Stufe bzw. keinem Grad zuordenbar ist	Ein vollständiger Gewebeerlust mit einem belegten Ulcus ist vorhanden, wobei das Ulcus mit Belägen und/oder Schorf abgedeckt ist. Die Tiefe bleibt unbekannt, bis die Beläge und/oder der Schorf entfernt sind. Erst nach der Entfernung kann die Tiefe festgestellt werden.
Verdacht auf tiefe Gewebeschädigung; Tiefe unbekannt	In diesem Stadium ist ein livider oder rötlichbrauner Bereich der intakten Haut oder eine blutgefüllte Blase erkennbar. Diese Veränderungen entstehen aufgrund einer Schädigung des darunterliegenden Weichgewebes durch den Druck und/oder die Scherkräfte.

1.2. Risikofaktoren

Es bestehen viele personenbezogene (intrinsische), umgebungsbezogene sowie therapiebezogene (extrinsische) Faktoren, die für die Entstehung eines Dekubitus verantwortlich sind (DNQP 2017). Laut DNQP zählen die folgenden PatientInneneigenschaften zu den drei wichtigsten Risikofaktoren, die einen Dekubitus verursachen können (DNQP 2017):

- beeinträchtigte Mobilität,
- Durchblutungsstörungen,
- und/oder beeinträchtigter Zustand der Haut bzw. ein Dekubitus, der bereits vorhanden ist.

Aufgrund der beeinträchtigten Mobilität kommt es zu einer erhöhten und verlängerten Druck- und/oder Scherkräfteinwirkung, was das Dekubitusrisiko erhöht. Durchblutungsstörungen bewirken die Dekubitusentstehung dadurch, dass sie die Gewebeerträglichkeit gegenüber den schädigenden Effekten der mechanischen Belastung schwächen. Die bereits vorhandenen Hautschädigungen stellen eine weitere erhöhte Anfälligkeit für die Dekubitusentwicklung dar (DNQP 2017).

Laut Almeida Medeiros et al. (2018) sind die häufigsten Risikofaktoren, die die Entstehung eines Dekubitus begünstigen, Reibung, Druckgeschwüre in der Vorgeschichte, längerer Aufenthalt in einem stationären Setting, Exicose, erhöhte Hauttemperatur und Behandlung anderer Komorbiditäten (de Almeida Medeiros et al. 2018). Eine nicht ausgewogene Ernährung erhöht ebenso das Risiko einen Dekubitus zu entwickeln (Taylor 2017). Des Weiteren stellt ein niedriger Body Mass Index einen Risikofaktor für einen Dekubitus dar (Aydin & Mucuk 2015). Zu den weiteren Risikofaktoren zählen unter anderem Diabetes mellitus, erhöhte Hautfeuchtigkeit, verminderte sensorische Wahrnehmung, Harn- und Stuhlinkontinenz, sowie ein höheres Lebensalter. All diese Faktoren in Kombination mit den kausal direkt wirkenden Faktoren erhöhen das Dekubitusrisiko (DNQP 2017).

Zu den bevorzugten Körperstellen, an denen ein Dekubitus ausbrechen kann, zählen: der Hinterkopf (lat. regio occipitalis), das Kreuz- und Steißbein (lat. os sacrum), die hinteren Fersen (lat. os calcaneus), der Oberschenkel bzw. großer und kleiner Rollhügel (lat. trochanter major und minor), der Außenknöchel (lat. malleolus lateralis) und der Sitzknochen (lat. tuber ischiadicum) (Ozer et al. 2016). Der Dekubitus entwickelt sich am häufigsten in der sakralen Region (Takahashi et al. 2013).

Neben anderer Risikofaktoren haben Mobilität und Aktivität den größten Einfluss auf die Dekubitusentstehung (Moore et al. 2011). Jede Person die in einem gesundheitlichen Setting behandelt wird, wird der Gefahr ausgesetzt, ein Dekubitus zu entwickeln (Collier 2016).

Das Dekubitusrisiko findet sich auch in den Pflegediagnosen wie beispielsweise NANDA wieder. Die Pflegediagnose „Dekubitusrisiko“ stellt eine Diagnose dar, die Pflegepersonen verwenden können, um ein potentiell Risiko für die Entstehung eines Dekubitus zu reduzieren. (NANDA 2017)

Die Leitlinie von NPUAP/EPUAP/PPPIA empfiehlt die Durchführung eines Risikoassessments innerhalb von maximal acht Stunden nach der Aufnahme der PatientInnen (NPUAP et al. 2014). Gemäß DNQP ist jede Pflegeperson verpflichtet, das Dekubitusrisiko mittels eines systematischen Vorgehens, einschätzen zu können (DNQP 2017). Die am häufigsten angewendeten

Instrumenten zur Risikoeinschätzung im klinischen Setting sind: Norton Skala, Waterlow Skala und Bradon Skala (Collier 2016).

1.3. Prävention

„Prävention ist ein Sammelbegriff und bezeichnet daher alle Maßnahmen, um Risiken für Krankheiten zu verhindern und zu vermindern (sogenannte primäre Prävention), Krankheiten frühzeitig zu erkennen (sogenannte sekundäre Prävention) sowie Krankheitsfolgen zu mildern und die Verschlimmerung von Krankheiten zu verhindern (sogenannte tertiäre Prävention)“ (Bundesministerium für Gesundheit 2018).

Ein häufig in der Literatur verwendetes Synonym dafür ist Prophylaxe (Susanne Danzer 2016).

Unter Dekubitusprävention werden Interventionen, welche die Erscheinung von Dekubitus verhindern sollten, subsummiert. Diese Aufgabe kann direkt der Pflege zugeordnet werden (Korecic 2003).

Pflegeinterventionen, die der Dekubitusprophylaxe dienen, können laut (DNQP 2017) folgendermaßen klassifiziert werden:

- Änderung der Position bzw. Positionswechsel des Körpers
- Anwendung der Wechseldruckmatratzen, Auflagen, Kissen und/oder anderer Hilfsmittel
- Hautreinigung und Hautpflege
- Ernährungsbezogene Maßnahmen
- Massage
- Elektrotherapie

1.4. Relevanz

Die Dekubitusinzidenz gilt als Indikator für die Qualität der Pflege (Aslan & Yavuz van Giersbergen 2016). Dekubitus stellt ein großes Problem dar, nicht nur für die PatientInnen, sondern auch für die Fachkräfte, da durch die zunehmende Zahl von Dekubitus der Pflegebedarf steigt (Lima Serrano et al. 2017).

Ebenso wurde der Dekubitus als Ursache für höhere Morbiditäts- und Mortalitätsraten beschrieben (Meesterberends et al. 2011). Zusätzlich führt

Dekubitus zu einer erhöhten Inzidenz von Wundinfektionen sowie Gangränen, Septikämien und Amputationen (Collier 2016).

Für das Gesundheitssystem stellen die Kosten einer Dekubitusbehandlung einen enormen Druck dar. Bezogen auf die finanziellen Ressourcen ist die Dekubitusbehandlung in den Krankenhäusern wesentlich teurer als in Pflegeheimen (Demarre et al. 2015). Zusätzlich steigen die Kosten je höhere die Kategorie des Dekubitus ist. Zugleich müssen die „versteckten Kosten“, wie zum Beispiel Kosten für Medikamente, Produkte oder Operationen, berücksichtigt werden (Collier 2016). Druckgeschwüre sind nicht nur teuer zu behandeln, sondern verlangen mehr pflegerische sowie medizinische Versorgung (Meesterberends et al. 2011). Daher spielt die Dekubitusprävention eine wichtige Rolle (Demarre et al. 2015). Außerdem sind Maßnahmen, die zur Dekubitusprophylaxe zählen, günstiger als die Behandlung selbst (Demarre et al. 2015). Dies ist insbesondere in den Krankenhäusern von Bedeutung, da die im Krankenhaus erworbenen Druckgeschwüre trotz zahlreicher Präventionsmaßnahmen noch immer eine große Herausforderung darstellen (Wong et al. 2018).

1.5. Forschungsfrage und Forschungsziel

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist herauszufinden, welche Faktoren die Umsetzung von präventiven pflegerischen Maßnahmen bezüglich des Dekubitus im Krankenhaus beeinflussen.

Daraus ergibt sich folgende Forschungsfrage:

Welche Faktoren beeinflussen die Umsetzung von präventiven pflegerischen Maßnahmen bezüglich des Dekubitus im Krankenhaus?

2. Methode

In diesem Teil wird die Vorgehensweise der Literaturrecherche beschrieben. In weiterer Folge werden das Forschungsdesign sowie die Ein- und Ausschlusskriterien erläutert. Anschließend werden die Datensammlung und die Studienauswahl angeführt und mittels Tabellen dargestellt. Am Ende des Methodenteils wird mittels Tabelle eine Kurzübersicht über die kritische Bewertung der eingeschlossenen Studien dargestellt.

2.1. Design

Um die oben genannte Forschungsfrage zu beantworten wurde ein Literaturreview durchgeführt. Ein Literaturreview ist die Zusammenfassung und das kritische Bewerten der vorhandenen Forschungsergebnisse, um ein Forschungsthema darzustellen (Polit & Beck 2017).

2.2. Ein- und Ausschlusskriterien

Um möglichst aktuelle Studien zu inkludieren wurden nur Studien, die nicht älter als 10 Jahre waren, inkludiert. Es wurden ausschließlich Studien eingeschlossen, die in deutscher oder englischer Sprache veröffentlicht wurden. Als weiteres Einschlusskriterium galt, dass die Studien einen verfügbaren Abstract vorhanden hatten. Da sich diese Bachelorthesis mit dem Setting Krankenhaus auseinandersetzt, wurden nur Studien eingeschlossen, die im Krankenhaussetting durchgeführt wurden.

2.3. Datensammlung

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde eine Literatursuche von Mitte Oktober bis Ende November durchgeführt. Die Literaturrecherche erfolgte einerseits in den Online Datenbanken Pubmed und Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), sowie andererseits durch eine Handsuche in der Suchmaschine Google Scholar. Es wurde mittels Schlüsselwörtern in englischer Sprache gesucht. Die verwendeten Schlüsselwörter waren „pressure ulcer“, „prevention“ und „barriers“, und wurden mit den Booleschen Operatoren AND und OR verbunden. Für eine Optimierung der Suchstrategie wurden in der

Datenbank Pubmed MeSH-Terms verwendet. Die Suchstrategien sind in der Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 2: Suchstrategien in den Onlinedatenbanken

PubMed	("Pressure Ulcer"[Mesh] AND prevention barriers AND has abstract[text] AND "last 10 years"[PDat])
CINHAL	(MH "Pressure Ulcer") AND prevention barriers

In Google Scholar wurde mittels verschiedener Kombinationen der Schlüsselwörter „Pressure Ulcer“, „Prevention“, „Barriers“ und „Hospital“ gesucht. Die Schlüsselwörter wurden in der englischen Sprache eingegeben. Die Ergebnisse wurden ebenso auf den Zeitraum zwischen 2008-2018 begrenzt. In Google Scholar wurden die Ergebnisse der ersten 10 Seiten berücksichtigt.

2.4. Prozess der Studienauswahl

Insgesamt erschienen in den Datenbanken 115 Studien, 38 in PubMed und 77 in CINAHL (Abbildung 1). Mittels Handsuche in Google Scholar wurden 3 relevante Studien gefunden. Beim Titelscreening wurden 84 Studien ausgeschlossen, da die Schlüsselwörter nicht im Titel enthalten waren. Nach dem Entfernen der Duplikate, wurden 26 Abstracts gescreent. Der Volltext von 21 Studien wurde gelesen. Nach dem Lesen des Volltextes, wurden 10 Studien als „nicht relevant“ identifiziert und somit ebenso ausgeschlossen. Insgesamt wurden 10 Studien auf ihre Qualität mittels Bewertungsbogen nach Hawker et al. (2002) überprüft. Der Bewertungsbogen ist in englischer Sprache verfasst und besteht aus neun Kategorien bzw. Fragen, die die wichtigsten Elemente eines Artikels hinterfragen. Bewertet wurden der Titel und der Abstract, die Einleitung und die Ziele, die Methode und die Daten, das Sampling, die Datenanalyse, die Ethik, die Ergebnisse, die Generalisierbarkeit und die Forschungs- und Praxisempfehlung. Jede der neun Kategorien im Bewertungsbogen konnte bis zu vier Punkte erhalten. Die einzelnen Punkte wurden mit „Gut“ (vier Punkte), „Fair“ (Drei Punkte), „Schlecht“ (Zwei Punkte) oder „Sehr schlecht“ (ein Punkt) beurteilt. Die maximale Gesamtpunktzahl lag bei 36 Punkten und minimale bei 9 Punkten. Die Gesamtpunktzahl entspricht der Qualität einer Studie bzw. je niedriger die

Gesamtpunktezahl betrug, desto niedriger/schlechter war die Qualität der Studie. In dieser Arbeit wurden ausschließlich Studien die 80% bzw. 29 Punkte oder mehr erreicht haben, eingeschlossen.

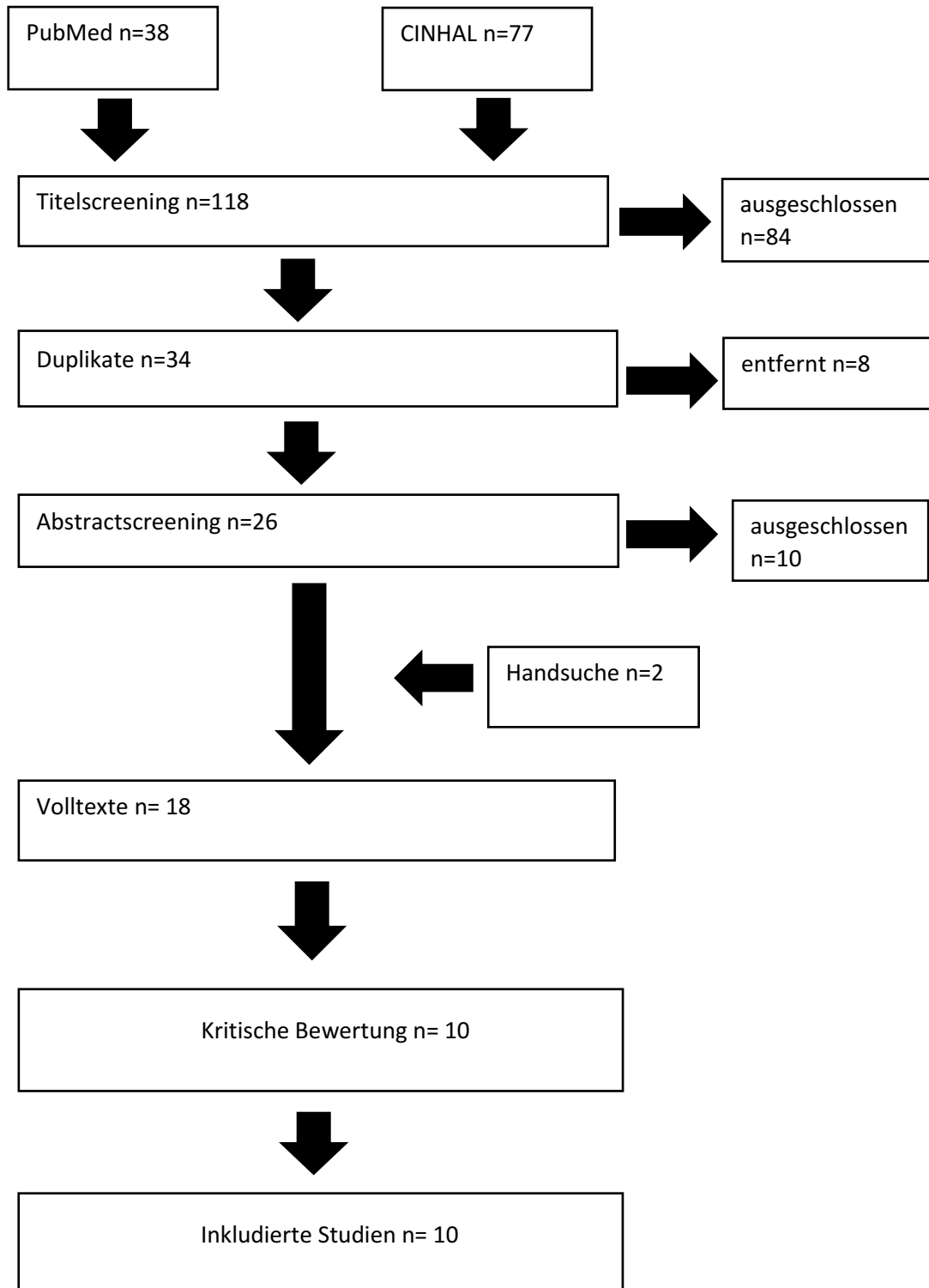


Abbildung 1: Flow Chart

In Tabelle 3 wird eine Kurzübersicht über die kritische Bewertung der eingeschlossenen Studien gezeigt. Die detaillierte Beurteilung der einzelnen Studien befindet sich im Anhang.

Tabelle 3: Kurzübersicht über die kritische Bewertung der eingeschlossenen Studien

AutorInnen und Erscheinungsjahr	Punkteanzahl
Dilie & Mengistu (2015), <i>Äthiopien</i>	36 Punkte
Etafa et al., (2018), <i>Äthiopien</i>	32 Punkte
Hamdan et al., (2018), <i>Saudi-Arabien</i>	32 Punkte
Illesanmi & Olabisi (2014), <i>Nigeria</i>	30 Punkte
Källman & Suserud (2009), <i>Schweden</i>	32 Punkte
Mirshekari L. et al. (2017), <i>Jordanien</i>	32 Punkte
Tailler et al. (2017), <i>USA</i>	36 Punkte
Tayyb et al. (2016), <i>Saudi-Arabien</i>	30 Punkte
Tubaishat et al. (2013), <i>Jordanien</i>	32 Punkte
Strand & Lindgren (2010), <i>Schweden</i>	33 Punkte

3. Ergebnisse

In diesem Kapitel wurden die Ergebnisse aus den eingeschlossenen Studien zusammengefasst und beschrieben. Zehn Studien (Dilie & Mengistu 2015, Etafa et al. 2018, Hamdan et al. 2018, Ilesanmi & Olabisi 2014, Källman & Suserud 2009, Mirshekari et al. 2017, Tallier et al. 2017, Tayyib et al. 2016, Tubaishat et al. 2013, Strand & Lindgren 2010) konnten zur Beantwortung der Forschungsfrage herangezogen werden. Alle zehn Studien sind Querschnittstudien. Um einen besseren Überblick über die ausgewählten Studien zu bekommen, sind diese in Tabelle 4 dargestellt. Hierbei sind Angaben über die AutorInnen, das Publikationsjahr, das Forschungsziel, das Setting, das Design, die Methode, die Stichprobe und den Hauptergebnissen angeführt.

Tabelle 4: Charakteristika der eingeschlossenen Studien

AutorInnen, Jahr & Land	Ziel	Design und Setting	Stichprobe und Methode	Ergebnisse
Dilie & Mengistu (2015), Äthiopien	Wissen Einstellungen & Barrieren bezüglich Dekubitusprophylaxe	- Querschnittstudie - 3 Krankenhäuser	- 217 Pflegepersonen - Fragebogenerhebung	- adäquates Wissen - günstige Einstellung - Barrieren: <ul style="list-style-type: none"> • Personalmangel • Mangel an Arbeitszufriedenheit • Mangel an Edukation
Etafa et al., (2018), Äthiopien	Einstellungen und Barrieren bezüglich Dekubitusprophylaxe	- Querschnittstudie - 6 Krankenhäuser	- 222 Pflegepersonen - Fragebogenerhebung	- negative Einstellung - Barrieren: <ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsbelastung & Personalmangel • Ressourcenmangel • Inadäquate Schulung
Hamdan et al., (2018), Saudi-Arabien	Einstellung, Wissen, und Barrieren bezüglich Dekubitusprophylaxe	- Querschnittstudie - Krebszentrum	- 118 Pflegepersonen - Fragebogenerhebung	- positive Einstellung - Barrieren: <ul style="list-style-type: none"> • PatientInnenzustand • Zeitmangel

				<ul style="list-style-type: none"> • Unkooperativer PatientInnen • Personalmangel
Ilesanmi & Olabisi (2014), Nigeria	Interventionen & Barrieren bezüglich Dekubitusprophylaxe	<ul style="list-style-type: none"> - Querschnittstudie - 3 Krankenhäuser 	<ul style="list-style-type: none"> - 193 Pflegepersonen - Fragebogenerhebung 	<ul style="list-style-type: none"> - Barrieren: <ul style="list-style-type: none"> • Inadäquate Arbeitskräfte • Bettwäsche Mangel
Källman & Suserud (2009), Schweden	Einstellungen, Wissen & Barrieren bezüglich Dekubitusprophylaxe und Therapie	<ul style="list-style-type: none"> - Querschnittstudie - 6 Krankenhäuser 	<ul style="list-style-type: none"> - 154 Pflegepersonen - Fragebogenerhebung 	<ul style="list-style-type: none"> - ausreichendes Wissen - positive Einstellung - inadäquate Struktur - Barrieren: <ul style="list-style-type: none"> • Zeitmangel • Unkooperative/sehr eingeschränkte PatientInnen • Hilfsmittelmangel • Wissen
Mirshekari L. et al. (2017), Jordanien	Barrieren bezüglich Dekubitusprophylaxe	<ul style="list-style-type: none"> - Querschnittstudie - Intensivstationen 	<ul style="list-style-type: none"> - 88 Pflegepersonen - Fragebogenerhebung 	<ul style="list-style-type: none"> -Barrieren: <ul style="list-style-type: none"> • Hohe Arbeitsbelastung & Personalmangel • Schlechter Zugang zur Fachliteratur • Wissensdefizit

				<ul style="list-style-type: none"> • Hilfsmittelmangel
Tallier et al. (2017), USA	Wissen, Verhalten, Einstellungen & Barrieren bezüglich Dekubitusprophylaxe	<ul style="list-style-type: none"> - Querschnittstudie - 10 Krankenhäuser 	<ul style="list-style-type: none"> - 62 Pflegepersonen - Fragebogenerhebung 	<ul style="list-style-type: none"> - positive Einstellung - Wissensdefizit - Barrieren: <ul style="list-style-type: none"> • Zeitmangel • Wissensdefizit • Schwierigkeiten, um mit Technologie umzugehen
Tayyib et al. (2016), Saudi-Arabien	Die Einstellungen, Barrieren & Faktoren, die das Auftreten von Dekubitus beeinflussen	<ul style="list-style-type: none"> - Querschnittstudie - Intensivstationen 	<ul style="list-style-type: none"> - 56 Pflegepersonen - Fragebogenerhebung 	<ul style="list-style-type: none"> - Positive Einstellung - Barrieren: <ul style="list-style-type: none"> • Zeitmangel • Hilfsmittelmangel • Multimorbidität
Tubaishat et al. (2013), Jordanien	Einstellung & Barrieren bezüglich Dekubitusprophylaxe	<ul style="list-style-type: none"> - Querschnittstudie - 4 Krankenhäuser 	<ul style="list-style-type: none"> - 241 Pflegepersonen - Fragebogenerhebung 	<ul style="list-style-type: none"> - positive Einstellung - Barrieren: <ul style="list-style-type: none"> • Personalmangel • Zeitmangel • Unkooperative PatientInnen • Arbeitsunzufriedenheit

<p>Strand & Lindgren (2010), Schweden</p>	<p>Einstellungen, Wissen und Barrieren bezüglich Dekubitusprophylaxe</p>	<p>- Querschnittstudie - Intensivstationen</p>	<p>- 146 Pflegepersonen, - Fragebogenerhebung</p>	<p>- positive Einstellung - befriedigendes Wissen - Barrieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zeitmangel • Andere Prioritäten/ schwer kranke PatientInnen • Personalmangel • Wissensdefizit/Hilfsmittelmangel
---	--	--	---	---

3.1. Charakteristika der eingeschlossenen Studien

In dieser Bachelorarbeit wurden, wie weiter oben bereits erwähnt, insgesamt zehn Querschnittstudien inkludiert. Zwei Studien wurden in Schweden durchgeführt (Källman & Suserud 2009, Strand & Lindgren 2010), zwei in Saudi-Arabien (Hamdan et al. 2018, Tayyib et al. 2016), zwei in Äthiopien (Dilie & Mengistu 2015, Etafa et al. 2018), zwei in Jordanien (Mirshekari et al. 2017, Tubaishat et al. 2013), eine in Nigeria (Ilesanmi & Olabisi 2014) und eine in den USA (Tallier et al. 2017). Es wurden insgesamt fünf Studien mit dem gleichen Ziel identifiziert. Das Ziel war, das Wissen, die Barrieren sowie Einstellungen der Pflegepersonen zu untersuchen (Dilie & Mengistu 2015, Hamdan et al. 2018, Källman & Suserud 2009, Strand & Lindgren 2010, Tallier et al. 2017).

Eine dieser Studien ist die von Dilie & Mengistu (2015), die in Äthiopien durchgeführt wurde. Die Forschung umfasste drei Krankenhäuser in Addis Abeba. In dieser Querschnittstudie nahmen 217 Pflegepersonen teil. Die Einschlusskriterien, die berücksichtigt wurden, sind, dass die Pflegepersonen in einem von diesen drei Krankenhäusern berufstätig sein mussten und während der Dauer der Studie am Arbeitsplatz anwesend sein mussten. In der Studie wurde betont, dass die Teilnahme ausschließlich freiwillig war. Die Erhebung von Daten erfolgte mittels eines Fragebogens. Um das Wissen der TeilnehmerInnen zu kategorisieren, wurde ein sogenannter McDonald's Standard benutzt. Somit wurde der Begriff „adäquates Wissen“ klar definiert. Jede Pflegeperson, die 80% oder mehr als 80% erreicht hatte, wurde als Pflegeperson mit ausreichendem Wissen eingestuft. (Dilie & Mengistu 2015)

Eine weitere Studie von Hamdan et al. (2018) wurde in einem Krebszentrum in Saudi-Arabien durchgeführt. Die Studie umfasste alle Pflegepersonen, insgesamt 118, die in diesem Krebszentrum gearbeitet haben. Für die Datenerhebung wurde ebenfalls ein Fragebogen benützt. Dieser bestand aus fünf verschiedenen Teilen. Der erste Teil bezog sich, wie in der oben beschriebenen Studie, auf die demographischen Daten. In den restlichen Teilen wurden die Daten in Bezug auf die Dekubitusprävention erhoben. (Hamdan et al. 2018)

Im Jahr 2017 wurde eine weitere Pilotstudie in den USA durchgeführt. Es handelte sich um eine Querschnittstudie die von Tallier et al. (2017) durchgeführt wurde.

Die PartizipantInnen wurden in insgesamt zehn akuten Krankenhäusern rekrutiert. 62 Pflegepersonen erfüllten die Einschlusskriterien und konnten an der Studie teilnehmen. Zu den Einschlusskriterien, die in der Studie klar definiert wurden, gehörte, dass die potentiellen TeilnehmerInnen auf Vollzeitbasis in einem perioperativen Bereich berufstätig sind und mindestens ein Jahr Berufserfahrung haben. Die Datenerhebung erfolgte mittels drei Fragebögen. In den Fragebögen wurden folgenden Daten erhoben: demographische Daten, das Wissen sowie die Einstellungen und Barrieren bezüglich des Dekubitus und der Dekubitusprävention. (Tallier et al. 2017)

Im Jahr 2009 wurde eine Studie von Källman & Suserud gemacht. Diese Studie stammte aus Schweden. Die Untersuchung wurde in sechs Krankenhäusern durchgeführt. Die Daten wurden mittels eines Fragebogens bei 154 Pflegepersonen, die in der Studie teilgenommen hatten, erhoben. (Källman & Suserud 2009)

Ein Jahr später wurde ebenfalls in Schweden eine weitere Studie durchgeführt (Strand & Lindgren 2010). Diese Pilotstudie fand auf vier Intensivstationen im schwedischen Universitätsklinikum statt. Die Einschlusskriterien, die erfüllt werden mussten, waren, dass die Pflegepersonen Teil- oder Vollzeit auf vier inkludierten Intensivstationen berufstätig sein mussten. Demnach wurden die Daten von 146 Pflegepersonen mittels eines Fragebogens erhoben. (Strand & Lindgren 2010)

Der Fokus dreier Studien wurde auf die Einstellung der Pflegepersonen sowie die Barrieren gegenüber Dekubitusprophylaxe gelegt (Etafa et al. 2018, Tayyib et al. 2016, Tubaishat et al. 2013).

Die Untersuchung von Etafa et al. (2018) umfasste sechs Krankenhäuser und insgesamt 222 Pflegepersonen. Zu den Hauptergebnissen kam es mittels einer Fragebogenerhebung. Der Fragebogen enthielt drei Teile. Im ersten Teil wurden die demographischen Daten erhoben. Der zweite Teil war auf die Einstellung der Pflegepersonen gerichtet. In drittem Teil ging es um die Barrieren, die einen Einfluss auf die Dekubitusprophylaxe hatten. Den TeilnehmerInnen wurde die Möglichkeit gegeben auf die gestellten Fragen mit „ja“ oder „nein“ zu antworten. (Etafa et al. 2018)

Eine weitere Studie, die das gleiche Ziel erforscht hatte, fand in Jordanien statt (Tubaishat et al. 2013). Die Studie umfasste insgesamt 241 Pflegepersonen und wurde in vier Krankenhäusern gemacht. Als Einschlusskriterien galten, dass die Pflegepersonen Vollzeit in einem von diesen vier Krankenhäusern gearbeitet haben, sowie, dass sie direkten Kontakt zu den PatientInnen hatten. Somit wurden die Pflegepersonen, die für administrative Tätigkeiten zuständig waren, aus der Studie ausgeschlossen. Der Fragebogen, der als Instrument für die Datenerhebung verwendet wurde, bestand aus drei Teilen. Ähnlich wie in der Studie von Tallier et al. (2017), wurden auch in dieser Studie die demographischen Daten, sowie die Einstellungen und Barrieren in Bezug auf die Dekubitusprävention untersucht. (Tubaishat et al. 2013)

Die Studie von Tayyib et al. (2016) wurde in Saudi- Arabien durchgeführt. Diese deskriptive Querschnittstudie erfolgte auf den Intensivstationen eines Krankenhauses in Mecca. 56 Pflegepersonen nahmen an der Studie teil. Das Datenerhebungsinstrument war auch bei dieser Studie ein Fragebogen, der aus vier Teilen bestand. Der erste Teil bezog sich auf die demographischen Daten und die restlichen drei legten den Fokus auf die Identifizierung von Barrieren bezüglich der Dekubitusprophylaxe. (Tayyib et al. 2016)

Die letzten zwei Studien beschäftigten sich ausschließlich mit den Barrieren, die die Dekubitusprophylaxe beeinflussen (Ilesanmi & Olabisi 2014, Mirshekari et al. 2017). Die Studie von Ilesanmi & Olabisi (2014) wurde in drei Krankenhäusern in Nigeria durchgeführt. In der Studie von Mirshekari et al. (2017) wurde beschrieben, dass sie auf Intensivstationen in Jordanien stattgefunden hat. Die Zielgruppe, die an den Studien teilgenommen hat, bestand aus Pflegepersonen, die zu diesem Zeitpunkt erreichbar waren und freiwillig teilnehmen mochten. Die TeilnehmerInnenzahl betrug in der Studie von Ilesanmi & Olabisi (2014) 193, und in der Studie von Mirshekari et al. (2017) insgesamt 88. Auch in diesen beiden Studien wurde der Fragebogen für die Datenerhebung benützt. Dieser wurde nach dem gleichen Prinzip der oben beschriebenen Studien aufgebaut. Das heißt, dass der erste Teil sich auf die Merkmale der TeilnehmerInnen fokussiert hat und die restlichen sich auf die Barrieren, die die Dekubitusprophylaxe beeinflussen, orientierten. (Ilesanmi & Olabisi 2014, Mirshekari et al. 2017)

Die Ergebnisse, die die zehn Studien brachten, werden schlussendlich im Hinblick auf die verschiedenen Barrieren dargelegt. Diese werden in den Kategorien Wissensdefizit, Einstellung, schwer kranke und unkooperative PatientInnen bzw. Multimorbidität, Ressourcenmangel sowie weitere Barrieren beschrieben.

3.2. Wissensdefizit

Das ausreichende Wissen ist die Voraussetzung, um eine erfolgreiche Prävention durchführen zu können. In insgesamt sechs Studien zeigte sich, dass inadäquates Wissen eine wichtige Barriere bezüglich der Dekubitusprävention darstellt (Dilie & Mengistu 2015, Etafa et al. 2018, Källman & Suserud 2009, Mirshekari et al. 2017, Strand & Lindgren 2010, Tallier et al. 2017). Mittels einer Fragebogenerhebung kamen die AutorInnen zum Ergebnis, dass bei den untersuchten Pflegepersonen ein bestehender Mangel an Edukation vorliegt (Dilie & Mengistu 2015). 38,8% der TeilnehmerInnen zeigten ein inadäquates Wissen bezüglich der Dekubitusprophylaxe (Dilie & Mengistu 2015). Der Grund dafür ist laut Dilie & Mengistu (2015) der Edukationsmangel. Aus der Studie ergibt sich, dass die Dekubitusprävention durch das Wissensniveau sehr stark beeinflusst ist. Pflegepersonen, die in der Studie unzureichendes Wissen gezeigt haben, waren weniger kompetent eine Dekubitusprophylaxe durchzuführen. Somit wurde der Edukationsmangel mit insgesamt 56,1%, als eine stark beeinflussende Barriere bezeichnet (Dilie & Mengistu 2015).

Ein ähnliches Ziel hatte die Studie von Etafa et al. (2018). In dieser Studie wurden auch wichtige Barrieren bezüglich der Dekubitusprophylaxe erforscht. Laut Etafa et al. (2018) spielt unzureichendes Wissen eine wichtige Rolle in der Dekubitusprophylaxe. Bei 63,2% der TeilnehmerInnen bezieht sich das konkret auf die inadäquate Schulung. 66,7% der Pflegepersonen, die in dieser Studie teilgenommen haben, haben keine Schulung bezüglich der Dekubitusprophylaxe erhalten. (Etafa et al. 2018)

Laut Mirshekari et al. (2017) war eine der am häufigsten genannten Barrieren mit 64,8% das unbefriedigende Wissen. Die Pilotstudie, die durch Strand & Lindgren (2010) durchgeführt wurde, zeigte das gleiche Ergebnis. Diese Studie belegte, dass das Wissensdefizit bei 18% der TeilnehmerInnen eine Barriere bezüglich der Dekubitusprophylaxe darstellte (Strand & Lindgren 2010). Obwohl das Wissen der

PartizipantInnen als befriedigend bezeichnet wurde, wurde hervorgehoben, dass bestimmte Wissensdefizite in Bezug auf die Dekubitusprophylaxe noch immer vorhanden sind (Strand & Lindgren 2010). Bei der Studie von Källman & Suserud (2009) kam das gleiche Ergebnis heraus. Trotz der Tatsache, dass bei den Pflegepersonen bzw. StudienteilnehmerInnen ein ausreichendes Wissen in Hinsicht auf die Dekubitusprävention festgestellt wurde, wurde das Wissensdefizit als Hauptbarriere von 30% der TeilnehmerInnen bezeichnet (Källman & Suserud 2009).

In einer weiteren Studie konnte ein Wissensdefizit bezüglich der Dekubitusprävention und des Dekubitusassessments nachgewiesen werden (Tallier et al. 2017). Die Ergebnisse zeigten, dass bei 11% der TeilnehmerInnen das Wissensdefizit eine Barriere darstellte, um ein Risikoassessment durchzuführen (Tallier et al. 2017). 10% der Teilnehmerinnen waren der Meinung, dass das Wissensdefizit das Haupthindernis ist, um eine erfolgreiche Planung und Dokumentation durchzuführen (Tallier et al. 2017). Um die präventiven Maßnahmen auf einer Station umzusetzen, wurde das Wissensdefizit als Hauptbarriere von insgesamt 10% der PartizipantInnen genannt (Tallier et al. 2017). Mögliche Gründe für dieses Wissensdefizit, die in der Studie betont wurden, waren, dass 38% der Pflegepersonen nur einen Artikel über Dekubitus gelesen hatten (Tallier et al. 2017). Weitere 38% hatten keine Schulung bezüglich der Dekubitusprävention (Tallier et al. 2017). Und weitere 3% der Pflegepersonen haben ausgesagt, die aktuellen Richtlinien über Dekubitusprophylaxe, gelesen zu haben (Tallier et al. 2017).

3.3. Einstellung

In insgesamt acht Querschnittstudien wurde die Einstellung der Pflegepersonen in Bezug auf die Dekubitusprophylaxe untersucht (Dilie & Mengistu 2015, Etafa et al. 2018, Hamdan et al. 2018, Källman & Suserud 2009, Tallier et al. 2017, Tayyib et al. 2016, Tubaishat et al. 2013, Strand & Lindgren 2010). Als Hauptergebnis kam heraus, dass die Pflegepersonen eine positive Einstellung bezüglich der Dekubitusprävention zeigten (Tubaishat et al. 2013). 82% der Pflegepersonen waren der Meinung, dass durch die Dekubitusprophylaxe der Dekubitus vermieden werden kann (Tubaishat et al. 2013). In einer Studie aus Schweden

wurde dieses Ergebnis von 94% TeilnehmerInnen bestätigt (Källman et al. 2009). Zum gleichen Ergebnis kam die Studie von Tallier et al. (2017). Die TeilnehmerInnen der Studie zeigten eine positive Einstellung gegenüber der Dekubitusprophylaxe (Tallier et al. 2017). Laut Tubaishat et al. (2013) wurde die negative Einstellung als Hindernis für eine erfolgreiche Dekubitusprophylaxe betrachtet. Eine negative Einstellung der Pflegepersonen wurde auch als hohe Barriere erläutert (Tallier et al. 2017).

Die TeilnehmerInnen der Studie von Hamdan et al. (2018) zeigten eine positive Einstellung bezüglich der Dekubitusprävention. 88% erläuterten, dass der Dekubitusprophylaxe mehr Geltung verschafft werden sollte (Hamdan et al. 2018). Die TeilnehmerInnen aus der Studie von Tayyib et al. (2016) waren der Dekubitusprophylaxe gegenüber positiv eingestellt. Sie betonten die Wichtigkeit der positiven Einstellung (Tayyib et al. 2016). Die Pflegepersonen die positiv eingestellt waren, zeigten mehr Motivation, um eine Dekubitusprophylaxe durchzuführen (Tayyib et al. 2016). Die Studie von Dilie und Mengistu (2015) beschäftigte sich ebenfalls mit dieser Thematik. Das Ergebnis war gleich wie in allen bis jetzt erwähnten Studien. Eine positive Einstellung wurde bei insgesamt 68,4% der Pflegepersonen nachgewiesen (Dilie & Mengistu 2015). Im Gegenteil dazu wurde in der Studie von Etafa et al. (2018) eine negative Einstellung in Bezug auf die Dekubitusprophylaxe identifiziert. Mehr als die Hälfte der TeilnehmerInnen bzw. 52,2% hatten eine negative Einstellung (Etafa et al. 2018).

3.4. Schwer kranke und unkooperative PatientInnen bzw.

Multimorbidität

Als weitere Barriere wurden schwer kranke PatientInnen bzw. die Multimorbidität in insgesamt sechs Studien beschrieben (Etafa et al. 2018, Hamdan et al. 2018, Källman und Suserud 2009, Strand & Lindgren 2010, Tayyib et al. 2016, Tubaishat et al. 2013).

Die schwedische Studie von Källman & Suserud (2009) brachte die Erkenntnis, dass der Zustand der PatientInnen die Umsetzung der pflegerischen präventiven Maßnahmen stark beeinflusst. Laut 52% der StudienteilnehmerInnen wurde die Dekubitusprävention durch die anderen Beeinträchtigungen bzw. Krankheiten, die bei den PatientInnen vorlagen, erschwert (Källman et al. 2009). Eine andere

schwedische Studie, die auf Intensivstationen durchgeführt wurde, belegte, dass die Multimorbidität der PatientInnen bei 28,9% der TeilnehmerInnen eine Barriere bezüglich der Dekubitusprävention dargestellt hat. Durch die Multimorbidität, die auf den Intensivstationen stark ausgeprägt ist, wurde die Dekubitusprävention nicht als oberste Priorität betrachtet (Strand & Lindgren 2010). Laut Strand & Lindgren (2010) hatten die Pflegepersonen auf Intensivstationen wichtigere Prioritäten verglichen mit der Dekubitusprophylaxe. Aufgrund der Multimorbidität steigt die Arbeitsbelastung und somit verliert die Dekubitusprophylaxe an Bedeutung (Etafa et al. 2018). Aufgrund der hohen Arbeitsbelastung fühlten sich die Pflegepersonen sehr oft überfordert und kamen nicht dazu die notwendige Dekubitusprophylaxe durchzuführen (Tayyib et al. 2016).

Laut dem Ergebnis aus der Studie von Hamdan et al. (2018) wurde der PatientInnenzustand als oberste Barriere in Bezug auf die Dekubitusprävention identifiziert. Dieses Ergebnis wurde durch 68% der onkologischen Pflegepersonen bestätigt. Die Umsetzung pflegerischer präventiver Maßnahmen wurde dadurch größtenteils verhindert. Laut 75% der StudienteilnehmerInnen wirkt der PatientInnenzustand sich auch negativ auf die Durchführung des Dekubitusrisikoassessments bei den potentiell gefährdeten PatientInnen aus. Zu einem erschwerten PatientInnenzustand zählen laut Hamdan et al. (2018) unter anderem auch die Schmerzen, verschiedene Katheter und andere medizinische Geräte, die bei den sehr kranken PatientInnen vorhanden sind. Durch die Multimorbidität können viele PatientInnen bei einer Dekubitusprophylaxe nicht aktiv mitmachen. Ebenso gaben 61% der PartizipantInnen an, dass das Dekubitusrisikoassessment durch die unkooperativen bzw. unstillen PatientInnen sehr stark beeinflusst wurde. 60% äußerten, dass unkooperative bzw. unstillen PatientInnen einen negativen Einfluss auf die Dekubitusprävention hatten. Durch ihren Zustand beeinflussten sie unmittelbar die Anwendung pflegerischen präventiver Maßnahmen bezüglich der Dekubitusprophylaxe. (Hamdan et al. 2018)

Eine weitere Querschnittstudie aus Jordanien (Tubaishat et al. 2013) untermauert die Resultate von Hamdan et al. (2018). Laut 68% der StudienteilnehmerInnen sind unkooperative bzw. medizinisch unstillen PatientInnen der Grund, warum die Umsetzung der pflegerischen präventiven Maßnahmen nicht möglich war

(Tubaishat et al. 2013). Ähnliche Ergebnisse zeigten auch Tayyib et al. (2016). Sie beschrieben, dass das gleichzeitige Bestehen mehrerer Krankheiten bei den PatientInnen für die nicht durchgeführte Dekubitusprävention verantwortlich war (Tayyib et al. 2016).

3.5. Ressourcenmangel

In allen zehn Studien wurden Informationen zum Ressourcenmangel als Grund für fehlende Dekubitusprävention beschrieben (Dilie & Mengistu 2015, Etafa et al. 2018, Hamdan et al. 2018, Ilesanmi & Olabisi 2014, Källman & Suserud 2009, Mirshekari et al. 2017, Tallier et al. 2017, Tayyib et al. 2016, Tubaishat et al. 2013, Strand & Lindgren 2010).

In den Studien zeigte sich, dass Zeitmangel, Personalmangel und Hilfsmitteldefizit, die häufigsten Gründe für eine fehlende Dekubitusprävention waren. Laut Strand & Lindgren (2010) sowie Källman & Suserud (2009) stellt der Zeitmangel die größte Herausforderung in der Pflege in Bezug auf die Dekubitusprävention dar. Bei Källman & Suserud (2009) beschrieben insgesamt 53 % der StudienteilnehmerInnen, dass die fehlende Zeitressource der Hauptgrund für eine nicht durchgeführte Dekubitusprävention war. Das wurde auch in der Studie von Tallier et al. (2017) von 78% der TeilnehmerInnen bestätigt. Hier wurde beschrieben, dass der Zeitmangel die häufigste Barriere für die Durchführung einer Risikoeinschätzung darstellt (Tallier et al. 2017). Dieses Hindernis beeinflusst nicht nur das Risikoassessment, sondern auch die Pflegeplanung und die Dokumentation. Dieser Meinung waren 51% der TeilnehmerInnen, die in einem perioperativen Bereich beschäftigt waren. 49% der befragten Personen gaben auch an, dass das Fehlen der Zeit direkt die Umsetzung der präventiven pflegerischen Maßnahmen beeinflusst. Insbesondere verzögert bzw. verhindert der Zeitmangel die Umsetzung von präventiven pflegerischen Maßnahmen. (Tallier et al. 2017)

Ähnliche Resultate bezüglich der Barrieren berichteten die TeilnehmerInnen der Studie von Hamdan et al. (2018) aus Saudi-Arabien. 67% waren der Meinung, dass durch den Zeitmangel kein Dekubitusrisikoassessment durchgeführt werden konnte. 58% der Pflegepersonen behaupteten, dass die wichtigsten pflegerischen

präventiven Maßnahmen durch die fehlenden zeitlichen Ressourcen nicht umgesetzt werden konnten. (Hamdan et al. 2018)

In einer weiteren Studie aus Saudi-Arabien wurde der Zeitmangel als häufigste Barriere bezüglich der fehlenden Dekubitusprävention bezeichnet (Tayyib et al. 2016). Diese Behauptung wurde durch 84% der TeilnehmerInnen aus der Studie, die in Jordanien durchgeführt wurde, unterstrichen (Tubaishat et al. 2013). Eine weitere Ressource stellt das Personal dar. Tayyib et al. (2016) beschreiben, dass Pflegepersonen mit der Arbeit überfordert sind und nicht ausreichende zeitlichen Ressourcen haben, um die Dekubitusprophylaxe durchführen zu können (Tayyib et al. 2016). Somit schlussfolgern die AutorInnen, dass gleichzeitig ein Personalmangel besteht (Tayyib et al. 2016). Dies wird unterstrichen von einem unproportionierten Verhältnis zwischen der Arbeitsbelastung und der Personalzahl in den Krankenhäusern (Etafa et al. 2018). In dieser Studie heißt es konkret, dass auf den Stationen eine hohe Arbeitsbelastung und gleichzeitig unzureichende Personalzahl erkannt wurde (Etafa et al. 2018). Eine hohe Arbeitsbelastung und gleichzeitig unzureichende Personalzahl beeinflussen sich gegenseitig (Mirshekari et al. 2017), insbesondere auf Intensivstationen, wo sich sehr pflegebedürftige PatientInnen befinden (Tayyib et al. 2016). Am meisten spiegelten sich diese zwei Barrieren auf den Intensivstationen wider und als Konsequenz daraus ergab sich eine nicht durchgeführte Dekubitusprophylaxe (Mirshekari et al. 2017). Ebenfalls dieser Meinung waren die TeilnehmerInnen aus der Studie von Tayyib et al. (2017). Sie betonten, dass das Pflegepersonal hauptsächlich aufgrund dieser Barrieren nicht dazu kam, eine optimale Dekubitusprophylaxe leisten zu können (Tayyib et al. 2016). Laut 83,1% der StudienteilnehmerInnen aus Äthiopien, sind Personalmangel sowie Zeitmangel die häufigsten Barrieren, um eine Dekubitusprävention durchzuführen (Etafa et al. 2018). In der Studie von Strand und Lindgren (2010), die auf schwedischen Intensivstationen durchgeführt wurde, beschrieben hingegen 27,3% der Pflegepersonen den Personalmangel als eine Barriere. In Saudi Arabien beschreiben 56% des onkologischen Pflegepersonals den Personalmangel als ein signifikantes Hindernis zur Durchführung einer Dekubitusprävention (Hamdan et al. 2018). Da durch den Personalmangel viele präventive pflegerische Maßnahmen, wie z.B. die Positionierung der PatientInnen, nicht umgesetzt werden konnten, wurde der Personalmangel von 87%

Pflegepersonen als Hauptbarriere bezeichnet (Tubaishat et al. 2013). Ein ähnliches Ergebnis ergab die Studie von Ilesami und Olabisi (2014). In Bezug auf die Barrieren stellte diese Studie fest, dass die inadäquate Anzahl an Pflegepersonen stark ausgeprägt war. Als häufigste Barriere wurde der Personalmangel mit insgesamt 78,2% bezeichnet (Ilesanmi & Olabisi 2014). Dieses Ergebnis wird durch die Resultate der Studie von Dilie & Mengistu (2015) untermauert. Sie fanden heraus, dass 67,9% der TeilnehmerInnen das disproportionale Pflegepersonen-PatientInnen Verhältnis als Hauptgrund für eine fehlende Dekubitusprophylaxe sahen (Dilie & Mengistu 2015).

Neben den Zeit- und Personalmangel wurde der Hilfsmittelmangel als eine weitere ressourcenorientierte Barriere erwähnt (Källman & Suserud 2009, Mirshekari et al. 2017, Strand & Lindgren 2010, Tayyib et al. 2016). In der Studie aus Schweden beschrieben 42% der Pflegepersonen den Hilfsmittelmangel als eine potentielle Ursache für eine nicht durchgeführte Dekubitusprophylaxe (Källman & Suserud 2009). Die Studie von Strand & Lindgren (2010), die auch aus Schweden stammte, bestätigte dieses Ergebnis durch insgesamt 18% des Pflegepersonals. Das Fehlen oder der Mangel an Hilfsmittel, die zur Druckentlastung bzw. Druckverteilung dienen, beeinflusste die Umsetzung der Dekubitusprophylaxe negativ (Mirshekari et al. 2017). In Saudi-Arabien wurde dieses Problem in der Studie von Tayyib et al. (2016) bestätigt. Das Defizit an Hilfsmittel reflektierte sich ebenso negativ auf die Dekubitusprophylaxe (Tayyib et al. 2016).

3.6. Andere Barrieren

Neben allen bereits erwähnten Barrieren gab die Studie von Tallier et al. (2017) folgendes Ergebnis an. In dieser Studie kam heraus, dass 34% der Pflegepersonen Schwierigkeiten bezüglich der Technologie, wie zum Beispiel die elektronische Dokumentation der durchgeführten Aufgaben, hatten (Tallier et al. 2017). Die daraus resultierenden Konsequenzen spiegelten sich in der Umsetzung der pflegerischen präventiven Maßnahmen wider (Tallier et al. 2017).

Eine weitere Barriere zur Umsetzung von pflegerischen präventiven Maßnahmen gegen Dekubitus stellte der Mangel an Bettwäsche dar (Ilesanmi & Olabisi 2014). Ebenso führten Pflegepersonen die Unzufriedenheit mit dem Job bzw. der Arbeitsstelle geäußert hatten, im Vergleich zu den Pflegepersonen, die mit ihrer

Arbeitsstelle zufrieden waren, seltener eine Dekubitusprophylaxe durch (Dilie et al. 2015). Daher galt laut Dilie & Mengistu (2015) der Mangel an Arbeitszufriedenheit als eine Barriere, um die Dekubitusprävention durchzuführen. Die Unzufriedenheit mit der Arbeitsstelle beschreiben auch die Pflegepersonen aus Jordanien als ein Hindernis in Hinsicht auf die Dekubitusprävention (Tubaishat et al. 2013).

4. Diskussion

Das Ziel dieser Bachelorarbeit war es herauszufinden, welche Faktoren die Umsetzung von präventiven pflegerischen Maßnahmen bezüglich des Dekubitus im Krankenhaus beeinflussen. Um dieses Ziel zu erreichen wurden insgesamt zehn Studien inkludiert. Die Ergebnisse wurden in fünf verschiedene Untertitel unterteilt.

Laut der dargelegten Ergebnisse wurde das Wissensdefizit als erste Barriere bezüglich der Dekubitusprävention beschrieben (Dilie & Mengistu 2015, Etafa et al. 2018, Källman & Suserud 2009, Mirshekari et al. 2017, Strand & Lindgren 2010, Tallier et al. 2017). Drei Studien berichteten von unzureichendem Wissen bezüglich der Dekubitusprophylaxe (Etafa et al. 2018, Mirshekari et al. 2017, Tallier et al. 2017). In einer weiteren Studie von Mirshekari et al. (2017) berichteten die AutorInnen, dass für 64,8% der Pflegepersonen ein inadäquates Wissen die häufigste Barriere in Hinblick auf die Dekubitusprävention darstellt. Die Ergebnisse von Strand & Lindgren (2010) unterstreichen dies. Dennoch sind in der Studie von Strand & Lindgren (2010) lediglich 18% der Pflegepersonen der Meinung, dass das Wissensdefizit eine Barriere zur Umsetzung präventiver pflegerischer Maßnahmen darstellt (Strand & Lindgren 2010). Die TeilnehmerInnen aus der Studie von Tallier et al. (2017) teilten diese Meinung. Das Wissensdefizit bei Tallier et al. (2017) wurde insbesondere im Rahmen des Risikoassessments festgestellt. Deren TeilnehmerInnen waren nicht in der Lage potentielle RisikopatientInnen zu identifizieren, was eine Voraussetzung für eine erfolgreiche Prävention darstellt (Tallier et al. 2017).

Um den aktuellen Zustand in Bezug auf das Wissen zu verbessern, wäre es von Vorteil mehr Edukationen, Schulungen sowie einen besseren Zugang zur

fachlichen Literatur zu ermöglichen. Laut Mirshekari et al. (2017) würde das ausreichende Wissen bezüglich der Dekubitusprävention nicht nur den Dekubituszustand positiv bewirken, sondern auch die Qualität des Lebens von PatientInnen steigern sowie die Krankenhausaufenthalte reduzieren.

Als eine mögliche Begründung für das Wissensdefizit wurde der Mangel an Edukation genannt (Dilie & Mengistu 2015). Dies wurde von einer weiteren Studie untermauert. 63,2% der Pflegepersonen waren laut Etafa et al. (2018) der Meinung, dass die inadäquate Schulung zum Ausbleiben der Umsetzung pflegerischer Maßnahmen herbeiführte. Laut Etafa et al. (2018) hatte weiters eine beträchtliche Anzahl der Pflegepersonen (66,7%) keine Schulung über die Dekubitusprävention erhalten.

Trotz der Tatsache, dass die Pflegepersonen der Studie von Dilie & Mengistu (2015) ein adäquates Wissen zeigten, nannten insgesamt 56,1% der Pflegepersonen den Edukationsmangel als Erschwernis, um die Dekubitusprävention in die praktische Umsetzung zu bringen. Ebenso wurde beschrieben, dass diejenigen Pflegepersonen, deren Wissen als ausreichend angesehen wurde, der Dekubitusprophylaxe mehr Bedeutung gaben. Es lässt sich daraus schließen, dass die präventiven pflegerischen Maßnahmen von diesen Pflegepersonen häufiger in die Praxis umgesetzt wurden. (Dilie & Mengistu 2015)

In der Studie von Kaya & Karaca (2018) wurde das Wissen beziehungsweise das Edukationsniveau in Bezug auf den diabetischen Fuß untersucht. Diese Studie belegte, dass ein hohes Wissensniveau eine positive Auswirkung auf die Prävention vom diabetischen Fuß hatte (Kaya & Karaca 2018). Strand und Lindgren (2010) hatten das Edukationsniveau als stark beeinflussenden Faktor in Hinsicht auf das Wissen beschrieben.

In Bezug auf die genutzten Instrumente in den angeführten Studien, ist zu bemerken, dass das Wissensniveau ausschließlich in der Studie von Dilie & Mengistu (2015) klar definiert wurde. In den anderen Studien, die diese Thematik behandelten, gab es keine Angaben darüber, was unter den Begriffen „adäquates“ sowie „inadäquates“ Wissen verstanden wurde.

Ein weiteres Argument für das Wissensdefizit wurde von Mirshekari et al. (2017) beschrieben. 62,5% Pflegepersonen gaben den schlechten Zugang zur fachlichen

Literatur als eine Barriere an (Mirshekari et al. 2017). Diese Barriere wurde auch in der Studie von Etafa et al. (2018) fokussiert, in der 86% der Pflegepersonen angaben, noch nie einen Artikel oder eine Studie über Dekubitusprophylaxe gelesen zu haben.

Källman & Suserud (2009) fanden heraus, dass Pflegepersonen, die in den letzten sechs Monaten wenigstens eine Studie bzw. einen Artikel über die Dekubitusprophylaxe gelesen haben oder nach dem Abschluss ihrer Ausbildung mindestens einmal bei einer Vorlesung anwesend waren, einen besseren Wissensstand hatten (Källman & Suserud 2009).

Eine weitere Barriere stellt für Pflegepersonen aus Äthiopien der Mangel an Leitlinien zur Dekubitusprophylaxe dar (Etafa et al. 2018, Dilie & Mengistu 2015). 50% der Pflegepersonen behaupteten, dass der Mangel an Leitlinien weitergehend die Dekubitusprävention negativ beeinflusst (Dilie & Mengistu 2015).

Als zweite Barriere wurde die Einstellung der Pflegepersonen angeführt (Dilie & Mengistu 2015, Etafa et al. 2018, Hamdan et al. 2018, Källman & Suserud 2009, Strand & Lindgren 2010, Tallier et al. 2017, Tayyib et al. 2016, Tubaishat et al. 2013).

Die Einstellung wurde als beeinflussender Faktor in Bezug auf die Umsetzung der präventiven Maßnahmen bei den PatientInnen mit diabetischem Fuß identifiziert (van Houtum 2012).

In sieben Studien wurde von einer positiven Einstellung der Pflegepersonen gegenüber der Dekubitusprophylaxe berichtet (Dilie & Mengistu 2015, Hamdan et al. 2018, Källman & Suserud 2009, Strand & Lindgren 2010, Tallier et al. 2017, Tayyib et al. 2016, Tubaishat et al. 2013). Im Gegenteil dazu waren die TeilnehmerInnen der Studie von Etafa et al. (2018) negativ gegenüber der Dekubitusprävention gestellt.

Die Einstellung der Pflegepersonen hinsichtlich auf Dekubitusprophylaxe hatte generell einen großen Einfluss auf die Umsetzung der präventiven pflegerischen Maßnahmen (Hamdan et al. 2018, Tubaishat et al. 2013).

Ähnliche Erkenntnisse konnten in den USA gewonnen werden. Obwohl bei den Pflegepersonen ein Wissensdefizit bestimmt wurde, hatten diese trotzdem eine

positive Einstellung, die sie selbst als sehr bedeutsam und wertvoll empfanden (Tallier et al. 2017). Laut Tallier et al. 2017 führt eine positive Einstellung dazu, dass die Pflegepersonen mehr Bereitschaft zeigen, sich weiterzubilden.

Mehr als die Hälfte der Pflegepersonen einer Studie aus Äthiopien hatte eine positive Einstellung der Dekubitusprävention gegenüber (Dilie & Mengistu 2015). Dieser Prozentsatz ist viel niedriger im Vergleich zur Studie aus Schweden, in der generell alle Pflegepersonen positiv dem Thema gegenüber eingestellt waren (Källman & Suserud 2009, Strand & Lindgren 2010). Das könnte an dem Lebensstandard liegen, der in Schweden wesentlich höher ist. Dies wirkt sich unter anderem auch auf das Gesundheitswesen aus, indem den PatientInnen sowie dem fachlichen Personal mehr Ressourcen gegeben sind.

In der Studie von Tubaishat et al. 2013 wurde beschrieben, dass erfahrene Pflegepersonen eine positivere Einstellung zeigten als jüngere und weniger erfahrene KollegInnen. Dies konnte nicht weiter bestätigt werden (Etafa et al. 2018).

In den zwei Studien aus Saudi-Arabien, wurde eine positive Einstellung der Pflegepersonen hinsichtlich Dekubitusprävention beschrieben (Hamdan et al. 2018, Tayyib et al. 2016). Dennoch sank in Saudi-Arabien der Anteil an Pflegepersonen mit einer positiven Einstellung dem Thema gegenüber von 73,44% im Jahr 2016 (Tayyib et al. 2016) auf 51,18% im Jahr 2018 (Hamdan et al. 2018).

In insgesamt sechs Studien wurden Multimorbidität bzw. die schwer kranken PatientInnen als weitere Barriere angeführt (Etafa et al. 2018, Hamdan et al. 2018, Källman und Suserud 2009, Strand & Lindgren 2010, Tayyib et al. 2016, Tubaishat et al. 2013).

Diese Ergebnisse stehen im Kontrast zu den Ergebnissen von Mirshekari et al. (2017), in denen die Pflegepersonen Multimorbidität als nicht relevanten Aspekt bezüglich Dekubitusprophylaxe nannten.

Die Multimorbidität wurde nicht nur im Krankenhaus als eine Barriere bezüglich Dekubitusprophylaxe identifiziert, sondern auch in den Langzeiteinrichtungen (Lenche N. et al. 2016).

Das Wort *Multimorbidität* steht hier insbesondere im Zusammenhang mit dem Begriff „unkooperative PatientInnen“. Källman & Suerud (2009) verantworteten diesen Zusammenhang durch die Begründung, dass die PatientInnen nicht immer wollen oder aus gesundheitlichen Gründen nicht immer in der Lage sind, an der pflegerischen Versorgung teilzunehmen.

Laut Källman & Suserud (2009) könnte die Tatsache PatientInnen selbst als Barriere zu sehen „negative“ Einstellungen unterstützen, indem darauf verwiesen wird, dass die Dekubitusprävention bei schwer kranken PatientInnen nicht durchgeführt werden kann, da eine solche bei diesen PatientInnen keine Priorität hat. In solchen Fällen wurde oftmals von „wichtigeren“ Behandlungen als der Durchführung einer Dekubitusprävention gesprochen. Die Priorität der Umsetzung verliert durch die zahlreichende Symptomatik der PatientInnen an Bedeutung. Dies wurde von einer anderen Studie behauptet. Aufgrund der Multimorbidität wurde die Prävention von Stürzen negativ beeinflusst (Ayton et al. 2017).

Ein weiteres Ergebnis, welches die Umsetzung von Dekubitusprävention beeinflusst, war der Ressourcenmangel hinsichtlich Zeit, Personal als auch Hilfsmittel, der in zahlreichen Studien beschrieben wurde (Dilie & Mengistu 2015, Etafa et al. 2018, Hamdan et al. 2018, Ilesanmi & Olabisi 2014, Källman & Suserud 2009, Mirshekari et al. 2017, Tallier et al. 2017, Tayyib et al. 2016, Tubaishat et al. 2013, Strand & Lindgren 2010).

Neben der Multimorbidität wurde in verschiedenen Studien der Zeitmangel als oberste Barriere angegeben (Etafa et al. 2018, Hamdan et al. 2018, Tallier et al. 2017, Tayyib et al. 2016, Tubaishat et al. 2013, Strand & Lindgren 2010). Der Zeitmangel beeinflusst auch die Umsetzung von präventiven Maßnahmen bei den PatientInnen, die einem Sturzrisiko ausgesetzt sind (Ayton et al. 2017). Der Arbeitsumfang auf einer Station ist sehr oft nicht proportional mit den zeitlichen Ressourcen, die dem Pflegepersonal zur Verfügung stehen. Daher können unzureichende zeitliche Ressourcen auch dazu beitragen, dass die Qualität der Pflege verschlechtert wird. Der Zeitmangel koinzidiert mit dem Personalmangel.

Es wurden insgesamt sieben Studien identifiziert, in denen der Personalmangel als Barriere, die die Dekubitusprävention beeinflusst, beschrieben wurde (Dilie & Mengistu 2015, Etafa et. al 2018, Hamdan et al. 2018, Ilesanmi & Olabisi 2014,

Mirshekari et al. 2017, Tubaishat et al. 2013, Strand & Lindgren 2010). Der Personalmangel steht sehr eng im Zusammenhang mit den bereits oben erwähnten Barrieren.

Vier Studien gaben den Hilfsmittelmangel als ein Hindernis für die erfolgreiche Dekubitusprävention an (Källman & Suserud 2009, Mirshekari et al. 2017, Strand & Lindgren 2010, Tayyib et al. 2016). Der Hilfsmittelmangel wurde als ein großes Hindernis in Bezug auf die Prophylaxe angesehen. In der Praxis bezieht sich diese Barriere nicht nur auf die Dekubitusprophylaxe, sondern auch auf die anderen Herausforderungen der Pflege, wie beispielsweise Struz (Ayton et al. 2017).

5. Schlussfolgerung

Die inkludierten Studien erhoben die wesentlichen Barrieren im Krankenhaus, die auf die Umsetzung der präventiven pflegerischen Maßnahmen in Bezug auf Dekubitusprävention einen Einfluss hatten. Die am häufigsten genannten Einflussfaktoren, die in der Literatur beschrieben wurden, sind Wissen, Einstellung der Pflegepersonen in Hinsicht auf die Dekubitusprävention, schwer kranke PatientInnen bzw. Multimorbidität, Ressourcenmangel (Zeit-, Personal-, Hilfsmittelmangel) sowie andere Barrieren wie beispielsweise Schwierigkeiten mit der Technologie umzugehen, Bettwäschemangel und Arbeitsunzufriedenheit. Obwohl das Thema des Dekubitus bereits oft erforscht wurde, war wenig Literatur zu diesem spezifischen Thema vorhanden. Dies gilt vor allem für Europa, da nur Studien aus Schweden gefunden werden konnten.

6. Forschungs- und Praxisempfehlungen

Nachfolgend werden weitere Empfehlungen für die Forschung, sowie für die Praxis definiert.

6.1. Empfehlungen für die Forschung

Um die Prävalenz sowie Inzidenz von Dekubitus zu reduzieren, spielt eine Dekubitusprävention entscheidende Rolle. Die häufigsten Barrieren müssten klar identifiziert werden, um diese wahrnehmen und reduzieren bzw. verhindern zu können. Aufgrund der wenigen Literatur in Bezug auf dieses Thema, sollten

insbesondere in diesem Bereich weitergehende Untersuchungen durchgeführt werden.

6.2. Empfehlungen für die Praxis

Trotz zahlreicher präventiver Maßnahmen stellt der Dekubitus im Pflegealltag immer noch eine häufige Herausforderung dar. Um das Auftreten vom Dekubitus zu reduzieren bzw. vorzubeugen, können folgende Empfehlungen für die Praxis abgeleitet werden.

Aus den Ergebnissen ist es zu schließen, dass das Wissen eine Voraussetzung bezüglich Dekubitusprävention darstellt. Daraus resultierend wäre es wichtig beispielsweise Edukationen in diesem Bereich zu ermöglichen und zu fördern, sowie Schulungen und Fortbildungen als auch einen leichten Zugang zu der fachlichen Literatur zu schaffen. Weiters wäre es wünschenswert, wenn erfahrene Pflegepersonen ihre Erfahrung und auch ihr erworbenes Wissen auf die weniger erfahrenen oder unerfahrenen KollegInnen weitergeben würden.

Außerdem sollte ein spezieller Fokus auf die Einstellungen der Pflegepersonen gesetzt werden, um Ihnen bewusst zu machen, wie stark die Einstellung sowie das Wissen die Dekubitusprävention beeinflussen.

Literaturverzeichnis:

- Aslan, A & Yavuz van Giersbergen, M 2016, 'Nurses' attitudes towards pressure ulcer prevention in Turkey', *J Tissue Viability*, vol. 25, no. 1, pp. 66-73, doi:10.1016/j.jtv.2015.10.001
- Aydin, G & Mucuk, S 2015, 'The evaluation of daily living activities, pressure sores and risk factors', *Rehabil Nurs*, vol. 40, no. 2, pp. 84-91, doi:10.1002/rnj.145
- Ayton, DR, Barker, AL, Brand, CA, Ayton, DR, Talevski, J, Morello, RT & Hill, KD 2017, 'Barriers and enablers to effective falls prevention in acute hospitals', *Innovation in Aging*, vol. 1, no. suppl_1, pp. 651-, doi:10.1093/geroni/igx004.2308
- Balzer, K, Eckardt-Felmborg, R & Tannen, A 2018, *Chronische Wunden im Alter*, Praxiswissen Gerontologie und Geriatrie kompakt, De Gruyter, Berlin ; Boston.
- Bundesministerium für Gesundheit, B 2018, *Gesund bleiben: Prävention und Gesundheitsförderung*, viewed 2018, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenversicherung-praevention.html?fbclid=IwAR0hWknuk03hODit_fVhJ5kT3EsUdGXgCOH-cOjDJ0msBzfiGsFDZ4jds
- Collier, M 2016, 'Pressure Ulcer Prevention: Fundamentals for Best Practice', *Acta Med Croatica*, vol. 70 Suppl 1, pp. 3-10
- de Almeida Medeiros, AB, da Conceicao Dias Fernandes, MI, de Sa Tinoco, JD, Cossi, MS, de Oliveira Lopes, MV & de Carvalho Lira, ALB 2018, 'Predictors of pressure ulcer risk in adult intensive care patients: A retrospective case-control study', *Intensive Crit Care Nurs*, vol. 45, pp. 6-10, doi:10.1016/j.iccn.2017.09.007
- Demarre, L, Van Lancker, A, Van Hecke, A, Verhaeghe, S, Grypdonck, M, Lemey, J, Annemans, L & Beeckman, D 2015, 'The cost of prevention and treatment of pressure ulcers: A systematic review', *Int J Nurs Stud*, vol. 52, no. 11, pp. 1754-74, doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.06.006
- Dilie, A & Mengistu, D 2015, 'Assesment of Nurses' Knowledge, Attitude, and Perceived Barriers to Expressed Pressure Ulcer Prevention Practice in Addis Ababa Government Hospitals, Addis Ababa, Ethiopia, 2015', *Advances in Nursing*, vol. 2015, p. 11
- DNQP, DNfQidP 2017, *Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“*, Osnabrück.
- Etafa, W, Argaw, Z, Gemechu, E & Melese, B 2018, 'Nurses' attitude and perceived barriers to pressure ulcer prevention', *BMC Nursing*, vol. 17, no. 1, p. 14, doi:10.1186/s12912-018-0282-2

Hamdan, AB, Javison, S, Tamani, J, Sashidharan, S, Yahya, OA & Hamoudi, B 2018, 'Oncology Nurses' Beliefs, Attitudes, Perceived Barriers towards Pressure Ulcer Prevention ', *Journal of Health Education Research & Development*, vol. 6, no. 4, pp. 1-7

Ilesanmi, RE & Olabisi, P 2014, 'Assessment of common interventions and perceived barriers to pressure ulcer prevention in southwest Nigeria', *J Wound Ostomy Continence Nurs*, vol. 41, no. 3, pp. 242-6, doi:10.1097/WON.000000000000022

Källman & Suserud 2009, 'Knowledge, attitudes and practice among nursing staff concerning pressure ulcer prevention and treatment--a survey in a Swedish healthcare setting', *Scand J Caring Sci*, vol. 23, no. 2, pp. 334-41, doi:10.1111/j.1471-6712.2008.00627.x

Kaya, Z & Karaca, A 2018, 'Evaluation of Nurses' Knowledge Levels of Diabetic Foot Care Management', *Nurs Res Pract*, vol. 2018, p. 8549567, doi:10.1155/2018/8549567

Korecic, J 2003, *Pflegestandards Altenpflege*, Springer Verlag, Berlin.

Lenche N. , Katerina D., Nikolchev A., Lidija P., Biljana PZ. & Kostov M. 2016, 'The influence of comorbidity on the prevalence of pressure ulcers in geriatric patients', *Global Dermatologie*, vol. 3, pp. 319-22

Lima Serrano, M, Gonzalez Mendez, MI, Carrasco Cebollero, FM & Lima Rodriguez, JS 2017, 'Risk factors for pressure ulcer development in Intensive Care Units: A systematic review', *Med Intensiva*, vol. 41, no. 6, pp. 339-46, doi:10.1016/j.medin.2016.09.003

Meesterberends, E, Halfens, RJ, Lohrmann, C, Schols, JM & de Wit, R 2011, 'Evaluation of the dissemination and implementation of pressure ulcer guidelines in Dutch nursing homes', *J Eval Clin Pract*, vol. 17, no. 4, pp. 705-12, doi:10.1111/j.1365-2753.2010.01487.x

Mirshekari, L, Tirgari, B & Forouzi, MA 2017, 'Intensive care unit nurses' perceived barriers towards pressure ulcer prevention in south east Iran', *J Wound Care*, vol. 26, no. 3, pp. 145-51, doi:10.12968/jowc.2017.26.3.145

Moore, Z, Cowman, S & Conroy, RM 2011, 'A randomised controlled clinical trial of repositioning, using the 30 degrees tilt, for the prevention of pressure ulcers', *J Clin Nurs*, vol. 20, no. 17-18, pp. 2633-44, doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03736.x

NANDA, NANDA 2017, *NANDA International Nursing Diagnoses Definitions & Classification, 2018-2020* 11 edn, Thieme, New York.

NPUAP, EPUAP & PPIA 2014, *Prävention und Behandlung von Dekubitus: Kurzfassung der Leitlinie*, Cambridge Media, Osborne Park, Australia.

Ozer, K, Colak, O, Goktas, FB, Sungur, N & Kocer, U 2016, 'A rare location for a common problem: popliteal pressure ulcer', *Int Wound J*, vol. 13, no. 2, pp. 287-8, doi:10.1111/iwj.12257

Polit, DF & Beck, CT 2017, *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice*, Tenth edition. edn, Wolters Kluwer Health, Philadelphia.

Strand, T & Lindgren, M 2010, 'Knowledge, attitudes and barriers towards prevention of pressure ulcers in intensive care units: a descriptive cross-sectional study', *Intensive Crit Care Nurs*, vol. 26, no. 6, pp. 335-42, doi:10.1016/j.iccn.2010.08.006

Susanne Danzer, UK 2016, 'Dekubitus - Prophylaxe und Therapie: Ein Leitfaden für die Pflegepraxis', in Kohlhammer Verlag, p. 193.

Takahashi, Y, Isogai, Z, Mizokami, F, Furuta, K, Nemoto, T, Kanoh, H & Yoneda, M 2013, 'Location-dependent depth and undermining formation of pressure ulcers', *J Tissue Viability*, vol. 22, no. 3, pp. 63-7, doi:10.1016/j.jtv.2013.05.001

Tallier, PC, Reineke, PR, Asadoorian, K, Choonoo, JG, Campo, M & Malmgreen-Wallen, C 2017, 'Perioperative registered nurses knowledge, attitudes, behaviors, and barriers regarding pressure ulcer prevention in perioperative patients', *Appl Nurs Res*, vol. 36, pp. 106-10, doi:10.1016/j.apnr.2017.06.009

Taylor, C 2017, 'Importance of nutrition in preventing and treating pressure ulcers', *Nurs Older People*, vol. 29, no. 6, pp. 33-9, doi:10.7748/nop.2017.e910

Tayyib, N, Coyer, F & Lewis, P 2016, 'Pressure Injury Prevention in a Saudi Arabian Intensive Care Unit: Registered Nurse Attitudes Toward Prevention Strategies and Perceived Facilitators and Barriers to Evidence Implementation', *J Wound Ostomy Continence Nurs*, vol. 43, no. 4, pp. 369-74, doi:10.1097/WON.0000000000000245

Tubaishat, A, Aljezawi, M & Al Qadire, M 2013, 'Nurses' attitudes and perceived barriers to pressure ulcer prevention in Jordan', *J Wound Care*, vol. 22, no. 9, pp. 490-7, doi:10.12968/jowc.2013.22.9.490

van Houtum, WH 2012, 'Barriers to implementing foot care', *Diabetes Metab Res Rev*, vol. 28 Suppl 1, pp. 112-5, doi:10.1002/dmrr.2238

Werdin, F, Tennenhaus, M, Schaller, HE & Rennekampff, HO 2009, 'Evidence-based management strategies for treatment of chronic wounds', *Eplasty*, vol. 9, p. e19

Wolfram Sterry, VAC, Ulrike Drecoll, Ina Hadshiew, Felix Kiecker, Dimitrios Papakostas, Sandra Philipp, Richard Stefaniak, Karola Stieler, Dorothea Terhorst-Molawi 2018, *Dermatologie*, Thieme Stuttgart; New York.

Wong, AL, Walia, GS, Bello, R, Aquino, CS & Sacks, JM 2018, 'Pressure ulcer prevalence and perceptions on prevention: a hospital-wide survey of health professionals', *J Wound Care*, vol. 27, no. Sup4, pp. S29-S35, doi:10.12968/jowc.2018.27.Sup4.S29

Kritische Bewertung nach Hawker et al. (2002)

Minimale Punktzahl= 9 Punkte

Maximale Punktzahl= 36 Punkte

Eingeschlossene Studien müssen 80% oder mehr erreichen.

80% = 29 Punkte

STUDIE 1: Knowledge, attitudes and barriers towards prevention of pressure ulcers in intensive care units: a descriptive cross-sectional study, Strand & Lindgren (2010)

1. Abstract und Title: Did they provide a clear description of the study?

Good Structured abstract with full information and clear title:

Der Titel ist klar definiert und enthält die Hauptvariablen, das Design sowie den Setting. Die Population ist im Titel nicht erhalten, war aber nicht nötig.

Der Abstract ist gut und klar strukturiert.

Fair Abstract with most of the information.

Poor Inadequate abstract.

Very Poor No abstract.

2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Good Full but concise background to discussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions.

Fair Some background and literature review. Research questions outlined.

Die Forschungsfrage ist nicht explicit genannt, aber aus dem Ziel lässt sich darauf schließen was die Forschungsfrage war.

Poor Some background but no aim/objectives/questions, OR
Aims/objectives but inadequate background.

Very Poor No mention of aims/objectives. No background or literature review.

3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?

Good Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording.

Fair Method appropriate, description could be better. Data described.

Poor Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately. Little description of data.

Very Poor No mention of method, AND/OR Method inappropriate, AND/OR No details of data.

4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Good Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained.

Fair Sample size justified. Most information given, but some missing.

Ausschlusskriterien sind nicht erhalten.

Poor Sampling mentioned but few descriptive details.

Very Poor No details of sample.

5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Good Clear description of how analysis was done. Qualitative studies: Description of how themes derived/ respondent validation or triangulation.

Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/ numbers add up/statistical significance discussed.

Fair Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative.

Poor Minimal details about analysis.

Very Poor No discussion of analysis.

- 6. Ethics and bias:** Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Good Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias.

Fair Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged).

Poor Brief mention of issues.

Very Poor No mention of issues.

- 7. Results:** Is there a clear statement of the findings?

Good Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings.

Die Ergebnisse sind mittels Tabellen dargestellt sowie im Text beschrieben und erklärt.

Fair Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results.

Poor Findings presented haphazardly, not explained, and do not progress logically from results.

Very Poor Findings not mentioned or do not relate to aims.

- 8. Transferability or generalizability:** Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Good Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling).

Fair Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question: Durch die klare Beschreibung von Kontext und Setting können die Ergebnisse verglichen werden. Dennoch muss die untersuchte Kultur beachtet werden.

Poor Minimal description of context/setting.

Very Poor No description of context/setting.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?

Good Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice.

Fair Two of the above (state what is missing in comments): konkrete Empfehlungen für die Praxis nicht vorhanden.

Poor Only one of the above.

Very Poor None of the above.

Keine Empfehlungen weder für weitere Forschung, noch für Praxis.

Ergebnis: 33 Punkte

STUDIE 2: Nurses' attitude and perceived barriers to pressure ulcer prevention, Etafa et al. (2018)

1. Abstract und Title: Did they provide a clear description of the study?

Good Structured abstract with full information and clear title.

Fair Abstract with most of the information.

Poor Inadequate abstract.

Very Poor No abstract.

2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Good Full but concise background to discussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions: Die Forschungsfrage ist nicht explicit genannt, aber aus dem Ziel lässt sich darauf schließen was die Forschungsfrage war.

Fair Some background and literature review. Research questions outlined.

Poor Some background but no aim/objectives/questions, OR Aims/objectives but inadequate background.

Very Poor No mention of aims/objectives. No background or literature review.

3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?

Good Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording.

Fair Method appropriate, description could be better. Data described.

Poor Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately. Little description of data.

Very Poor No mention of method, AND/OR Method inappropriate, AND/OR No details of data.

4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Good Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained.

Fair Sample size justified. Most information given, but some missing.

Poor Sampling mentioned but few descriptive details.

Very Poor No details of sample.

5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Good Clear description of how analysis was done. Qualitative studies: Description of how themes derived/ respondent validation or triangulation. Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/ numbers add up/statistical significance discussed.

Fair Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative.

Poor Minimal details about analysis.

Very Poor No discussion of analysis.

6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Good Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias.

Fair Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged).

Poor Brief mention of issues.

Very Poor No mention of issues.

7. Results: Is there a clear statement of the findings?

Good Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings.

Die Ergebnisse sind mittels Tabellen dargestellt sowie im Text beschrieben und erklärt.

Fair Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results.

Poor Findings presented haphazardly, not explained, and do not progress logically from results.

Very Poor Findings not mentioned or do not relate to aims.

8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Good Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling).

Fair Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question 4.

Poor Minimal description of context/setting.

Very Poor No description of context/setting.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?

Good Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice.

Fair Two of the above (state what is missing in comments).

Poor Only one of the above: Keine genauen Empfehlungen vorhanden. Weitere Forschung soll durchgeführt werden.

Very Poor None of the above.

Ergebnis: 32 Punkte

STUDIE 3: Oncology Nurses´ Beliefs, Attitudes, Perceived Barriers towards Pressure ulcer Prevention, Hamdan et al. (2018)

1. Abstract und Title: Did they provide a clear description of the study?

Good Structured abstract with full information and clear title.

Fair Abstract with most of the information.

Poor Inadequate abstract.

Very Poor No abstract.

2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Good Full but concise background to discussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions.

Fair Some background and literature review. Research questions outlined.

Poor Some background but no aim/objectives/questions, OR Aims/objectives but inadequate background.

Very Poor No mention of aims/objectives. No background or literature review.

3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?

Good Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording.

Fair Method appropriate, description could be better. Data described.

Poor Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately. Little description of data.

Very Poor No mention of method, AND/OR Method inappropriate, AND/OR No details of data.

4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Good Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained.

Fair Sample size justified. Most information given, but some missing.

Poor Sampling mentioned but few descriptive details.

Very Poor No details of sample.

5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Good Clear description of how analysis was done. Qualitative studies: Description of how themes derived/ respondent validation or triangulation. Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/ numbers add up/statistical significance discussed.

Fair Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative.

Poor Minimal details about analysis.

Very Poor No discussion of analysis.

6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Good Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias.

Fair Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged).

Poor Brief mention of issues.

Very Poor No mention of issues.

7. Results: Is there a clear statement of the findings?

Good Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings.

Die Ergebnisse sind mittels Tabellen dargestellt sowie im Text beschrieben und erklärt.

Fair Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results.

Poor Findings presented haphazardly, not explained, and do not progress logically from results.

Very Poor Findings not mentioned or do not relate to aims.

8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Good Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling).

Fair Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question 4.

Poor Minimal description of context/setting.

Very Poor No description of context/setting.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?

Good Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice.

Fair Two of the above (state what is missing in comments).

Poor Only one of the above: Keine genaue Empfehlungen vorhanden.

Very Poor None of the above.

Ergebnis: 32 Punkte

STUDIE 4: Perioperative registered nurses knowledge, attitudes, behaviors, and barriers regarding pressure ulcer prevention in perioperative patients, Tallier et al. (2017)

1. Abstract und Title: Did they provide a clear description of the study?

Good Structured abstract with full information and clear title.

Fair Abstract with most of the information.

Poor Inadequate abstract.

Very Poor No abstract.

2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Good Full but concise background to discussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions.

Fair Some background and literature review. Research questions outlined.

Poor Some background but no aim/objectives/questions, OR Aims/objectives but inadequate background.

Very Poor No mention of aims/objectives. No background or literature review.

3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?

Good Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording.

Fair Method appropriate, description could be better. Data described.

Poor Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately. Little description of data.

Very Poor No mention of method, AND/OR Method inappropriate, AND/OR No details of data.

4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Good Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained.

Fair Sample size justified. Most information given, but some missing.

Poor Sampling mentioned but few descriptive details.

Very Poor No details of sample.

5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Good Clear description of how analysis was done. Qualitative studies: Description of how themes derived/ respondent validation or triangulation. Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/ numbers add up/statistical significance discussed.

Fair Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative.

Poor Minimal details about analysis.

Very Poor No discussion of analysis.

6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Good Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias.

Fair Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged).

Poor Brief mention of issues.

Very Poor No mention of issues.

7. Results: Is there a clear statement of the findings?

Good Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings.

Die Ergebnisse sind mittels Tabellen dargestellt sowie im Text beschrieben und erklärt.

Fair Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results.

Poor Findings presented haphazardly, not explained, and do not progress logically from results.

Very Poor Findings not mentioned or do not relate to aims.

8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Good Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling).

Fair Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question 4.

Poor Minimal description of context/setting.

Very Poor No description of context/setting.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?

Good Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice.

Fair Two of the above (state what is missing in comments).

Poor Only one of the above.

Very Poor None the above.

Ergebnis: 36 Punkte

STUDIE 5: Knowledge, attitudes and practice among nursing staff concerning pressure ulcer prevention and treatment--a survey in a Swedish healthcare setting, Källman & Suserud (2009)

1. Abstract und Title: Did they provide a clear description of the study?

Good Structured abstract with full information and clear title.

Fair Abstract with most of the information.

Der Abstract ist unstrukturiert.

Poor Inadequate abstract.

Very Poor No abstract.

2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Good Full but concise background to discussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions.

Fair Some background and literature review. Research questions outlined.

Poor Some background but no aim/objectives/questions, OR Aims/objectives but inadequate background.

Very Poor No mention of aims/objectives. No background or literature review.

3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?

Good Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording.

Fair Method appropriate, description could be better. Data described.

Poor Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately. Little description of data.

Very Poor No mention of method, AND/OR Method inappropriate, AND/OR No details of data.

4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Good Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained.

Fair Sample size justified. Most information given, but some missing: Das Alter und das Geschlecht sind nicht vorhanden.

Poor Sampling mentioned but few descriptive details.

Very Poor No details of sample.

5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Good Clear description of how analysis was done. Qualitative studies: Description of how themes derived/ respondent validation or triangulation. Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/ numbers add up/statistical significance discussed.

Fair Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative.

Poor Minimal details about analysis.

Very Poor No discussion of analysis.

6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Good Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias.

Fair Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged).

Poor Brief mention of issues.

Very Poor No mention of issues.

7. Results: Is there a clear statement of the findings?

Good Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings.

Die Ergebnisse sind mittels Tabellen dargestellt sowie im Text beschrieben und erklärt.

Fair Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results.

Poor Findings presented haphazardly, not explained, and do not progress logically from results.

Very Poor Findings not mentioned or do not relate to aims.

8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Good Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling).

Fair Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question 4.

Poor Minimal description of context/setting.

Very Poor No description of context/setting.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?

Good Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice.

Fair Two of the above (state what is missing in comments).

Poor Only one of the above: Keine genauen Empfehlungen für Praxis und Forschung vorhanden. Erwähnt ist es nur, dass die Verbesserungen in Praxis gemacht werden können.

Very Poor None of the above.

Ergebnis: 32Punkte

STUDIE 6: Pressure Injury Prevention in a Saudi Arabian Intensive Care Unit: Registered Nurse Attitudes Toward Prevention Strategies and Perceived Facilitators and Barriers to Evidence Implementation, Tayyib et al. (2016)

1. Abstract und Title: Did they provide a clear description of the study?

Good Structured abstract with full information and clear title.

Fair Abstract with most of the information.

Poor Inadequate abstract.

Very Poor No abstract.

2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Good Full but concise background to discussion/study containing up-to-date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions.

- Fair Some background and literature review. Research questions outlined.
- Poor Some background but no aim/objectives/questions, OR Aims/objectives but inadequate background.
- Very Poor No mention of aims/objectives. No background or literature review.

3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?

Good Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording.

Fair Method appropriate, description could be better. Data described.

Poor Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately. Little description of data.

Very Poor No mention of method, AND/OR Method inappropriate, AND/OR No details of data.

4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Good Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained.

Fair Sample size justified. Most information given, but some missing.

Poor Sampling mentioned but few descriptive details.

Es ist nicht beschrieben, wie die Teilnehmer ausgewählt wurden, Ein- und Ausschlusskriterien fehlen.

Very Poor No details of sample.

5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Good Clear description of how analysis was done. Qualitative studies: Description of how themes derived/ respondent validation or triangulation.

Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/ numbers add up/statistical significance discussed.

Fair Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative.

Poor Minimal details about analysis.

Very Poor No discussion of analysis.

6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Good Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias.

Fair Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged).

Poor Brief mention of issues.

Very Poor No mention of issues.

7. Results: Is there a clear statement of the findings?

Good Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings.

Die Ergebnisse sind mittels Tabellen dargestellt sowie im Text beschrieben und erklärt.

Fair Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results.

Poor Findings presented haphazardly, not explained, and do not progress logically from results.

Very Poor Findings not mentioned or do not relate to aims.

8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Good Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling).

Fair Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question 4.

Poor Minimal description of context/setting.

Very Poor No description of context/setting.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?

Good Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice.

Fair Two of the above (state what is missing in comments).

Poor Only one of the above: Keine genauen Empfehlungen für Praxis und Forschung vorhanden. Erwähnt sind nur ein paar Verbesserungsvorschläge für die Praxis, aber nicht genauer erklärt (nur oberflächlich).

Very Poor None of the above.

Ergebnis: 30 Punkte

STUDIE 7: Assessment of Nurses' Knowledge, Attitude, and Perceived Barriers to Expressed Pressure Ulcer Prevention Practice in Addis Ababa Government Hospitals, Dilie & Mengistu (2015)

1. Abstract und Title: Did they provide a clear description of the study?

Good Structured abstract with full information and clear title.

Fair Abstract with most of the information.

Poor Inadequate abstract.

Very Poor No abstract.

2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Good Full but concise background to discussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions.

Fair Some background and literature review. Research questions outlined.

Poor Some background but no aim/objectives/questions, OR Aims/objectives but inadequate background.

Very Poor No mention of aims/objectives. No background or literature review.

3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?

Good Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording.

Fair Method appropriate, description could be better. Data described.

Poor Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately. Little description of data.

Very Poor No mention of method, AND/OR Method inappropriate, AND/OR No details of data.

4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Good Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained.

Fair Sample size justified. Most information given, but some missing.

Poor Sampling mentioned but few descriptive details.

Very Poor No details of sample.

5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Good Clear description of how analysis was done. Qualitative studies: Description of how themes derived/ respondent validation or triangulation. Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/ numbers add up/statistical significance discussed.

Fair Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative.

Poor Minimal details about analysis.

Very Poor No discussion of analysis.

6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Good Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias.

Fair Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged).

Poor Brief mention of issues.

Very Poor No mention of issues.

7. Results: Is there a clear statement of the findings?

Good Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings.

Fair Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results.

Poor Findings presented haphazardly, not explained, and do not progress logically from results.

Very Poor Findings not mentioned or do not relate to aims.

8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Good Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling).

Fair Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question 4.

Poor Minimal description of context/setting.

Very Poor No description of context/setting.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?

Good Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice.

Fair Two of the above (state what is missing in comments).

Poor Only one of the above.

Very Poor None of the above.

Ergebnis: 36 Punkte

STUDIE 8: Assessment of common interventions and perceived barriers to pressure ulcer prevention in southwest Nigeria, Ilesami & Olabisi (2014)

1. Abstract und Title: Did they provide a clear description of the study?

Good Structured abstract with full information and clear title.

Fair Abstract with most of the information.

Poor Inadequate abstract.

Very Poor No abstract.

2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Good Full but concise background to discussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions.

Fair Some background and literature review. Research questions outlined.

Poor Some background but no aim/objectives/questions, OR Aims/objectives but inadequate background.

Very Poor No mention of aims/objectives. No background or literature review.

3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?

Good Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording.

Fair Method appropriate, description could be better. Data described.

Poor Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately. Little description of data.

Very Poor No mention of method, AND/OR Method inappropriate, AND/OR No details of data.

4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Good Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained.

Fair Sample size justified. Most information given, but some missing: Ein- und Ausschlusskriterien fehlen.

Poor Sampling mentioned but few descriptive details.

Very Poor No details of sample.

5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Good Clear description of how analysis was done. Qualitative studies: Description of how themes derived/ respondent validation or triangulation. Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/ numbers add up/statistical significance discussed.

Fair Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative.

Poor Minimal details about analysis.

Very Poor No discussion of analysis.

6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Good Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias.

Fair Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged).

Poor Brief mention of issues.

Very Poor No mention of issues.

7. Results: Is there a clear statement of the findings?

Good Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings.

Fair Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results.

Poor Findings presented haphazardly, not explained, and do not progress logically from results.

Very Poor Findings not mentioned or do not relate to aims.

8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Good Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling).

Fair Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question 4.

Poor Minimal description of context/setting.

Very Poor No description of context/setting.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?

Good Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice.

Fair Two of the above (state what is missing in comments).

Poor Only one of the above: Praxisempfehlung erwähnt, alles anderes fehlt.

Very Poor None of the above.

Ergebnis: 30 Punkte

STUDIE 9: Nurses´ attitudes and perceived barriers to pressure ulcer prevention in Jordan, Tubaishat et al. (2013)

1. Abstract und Title: Did they provide a clear description of the study?

Good Structured abstract with full information and clear title.

Fair Abstract with most of the information.

Poor Inadequate abstract.

Very Poor No abstract.

2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Good Full but concise background to discussion/study containing up-to-date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions.

Fair Some background and literature review. Research questions outlined.

Poor Some background but no aim/objectives/questions, OR Aims/objectives but inadequate background.

Very Poor No mention of aims/objectives. No background or literature review.

3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?

Good Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording.

Fair Method appropriate, description could be better. Data described.

Poor Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately. Little description of data.

Very Poor No mention of method, AND/OR Method inappropriate, AND/OR No details of data.

4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Good Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained.

Fair Sample size justified. Most information given, but some missing.

Poor Sampling mentioned but few descriptive details.

Very Poor No details of sample.

5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Good Clear description of how analysis was done. Qualitative studies: Description of how themes derived/ respondent validation or triangulation. Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/ numbers add up/statistical significance discussed.

Fair Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative.

Poor Minimal details about analysis.

Very Poor No discussion of analysis.

6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Good Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias.

Fair Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged).

Poor Brief mention of issues.

Very Poor No mention of issues.

7. Results: Is there a clear statement of the findings?

Good Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings.

Fair Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results.

Poor Findings presented haphazardly, not explained, and do not progress logically from results.

Very Poor Findings not mentioned or do not relate to aims.

8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Good Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling).

Fair Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question 4.

Poor Minimal description of context/setting.

Very Poor No description of context/setting.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?

Good Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice.

Fair Two of the above (state what is missing in comments).

Poor Only one of the above: Praxisempfehlung erwähnt, alles anderes fehlt.

Very Poor None of the above.

Ergebnis: 32 Punkte

STUDIE 10: Intensive care unit nurses' perceived barriers towards pressure ulcer prevention in south east Iran, Mirshekari et al. (2017)

1. Abstract und Title: Did they provide a clear description of the study?

Good Structured abstract with full information and clear title.

Fair Abstract with most of the information.

Poor Inadequate abstract.

Very Poor No abstract.

2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Good Full but concise background to discussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions.

Fair Some background and literature review. Research questions outlined.

Poor Some background but no aim/objectives/questions, OR Aims/objectives but inadequate background.

Very Poor No mention of aims/objectives. No background or literature review.

3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?

Good Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording.

Fair Method appropriate, description could be better. Data described.

Poor Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately. Little description of data.

Very Poor No mention of method, AND/OR Method inappropriate, AND/OR No details of data.

4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Good Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained.

Fair Sample size justified. Most information given, but some missing: Ein- und Ausschlusskriterien sind nicht gegeben.

Poor Sampling mentioned but few descriptive details.

Very Poor No details of sample.

5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Good Clear description of how analysis was done. Qualitative studies: Description of how themes derived/ respondent validation or triangulation. Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/ numbers add up/statistical significance discussed.

Fair Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative.

Poor Minimal details about analysis.

Very Poor No discussion of analysis.

6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Good Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias.

Fair Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged).

Poor Brief mention of issues.

Very Poor No mention of issues.

7. Results: Is there a clear statement of the findings?

Good Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings.

Fair Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results.

Poor Findings presented haphazardly, not explained, and do not progress logically from results.

Very Poor Findings not mentioned or do not relate to aims.

8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Good Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling).

Fair Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question 4.

Poor Minimal description of context/setting.

Very Poor No description of context/setting.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?

Good Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice.

Fair Two of the above (state what is missing in comments).

Poor Only one of the above: Keine Empfehlungen für die weitere Forschung, Praxisempfehlungen auch nicht so gut beschrieben.

Very Poor None of the above.

Ergebnis: 32 Punkte