

„Careful“

Caring-Bedürfnisse von onkologisch erkrankten Menschen und deren Einschätzung durch Pflegepersonen im postoperativen, behandlungszentrierten und palliativen Setting



Endbericht

November 2011

Projektspital und –stationen

Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel (beteiligte Stationen):

Chirurgie A, Chirurgie 1B, Chirurgie 2B, Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Gynäkologie, Urologie, Kristian, Lunge L 1, Lunge 3, Lunge 4, Lunge 5, Dermatologie.

Projektstab

Projektleitung:

Univ.-Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer

Wissenschaftliche Mitarbeit:

Mag. Bettina Hojdelewicz

Mag. Martina Koller

Mag. Helga Zellhofer

Mag. Eva Zojer

Berichtverfassung:

Mag. Eva Zojer

Mag. Martina Koller

Univ.-Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer

Kontaktadresse

Institut für Pflegewissenschaft

1080 Wien, Alserstraße 23/12

Telefon: +43/1/4277-49801, Fax: +43/1/4277-9498

E-Mail: pflgewissenschaft@univie.ac.at

Das Projekt wurde aus Mitteln des Felix-Mandl Fonds finanziell unterstützt.

Inhalt

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | AUSGANGSLAGE | 1 |
| 2 | ZIEL UND FRAGESTELLUNG | 6 |
| 3 | STUDIENDESIGN | 8 |
| 3.1 | MESSINSTRUMENT..... | 8 |
| 3.1.1 | <i>Ausgangslage Erhebungsinstrument</i> | 8 |
| 3.1.2 | <i>Adaption des Erhebungsinstrumentes</i> | 10 |
| 3.1.3 | <i>Ergebnis der Fragebogenadaptierung</i> | 11 |
| 3.2 | STICHPROBE UND EINSCHLUSSKRITERIEN | 15 |
| 3.3 | ETHISCHE ÜBERLEGUNGEN | 17 |
| 3.4 | DATENERHEBUNG - VORGEHENSWEISE..... | 19 |
| 3.5 | DATENAUSWERTUNG | 21 |
| 3.6 | FEHLENDE ANTWORTEN..... | 22 |
| 3.7 | DIMENSIONIERUNG UND INDEXBERECHNUNG | 23 |
| 4 | AUSWERTUNGSERGEBNISSE | 26 |
| 4.1 | PRIORITÄTENBEFRAGUNG | 26 |
| 4.1.1 | <i>Stichprobenbeschreibung</i> | 26 |
| 4.1.2 | <i>Soziale Merkmale allgemein</i> | 27 |
| 4.1.3 | <i>Wichtigste caring-Bedürfnisse</i> | 32 |
| 4.1.4 | <i>Unwichtigste caring-Bedürfnisse</i> | 33 |
| 4.1.5 | <i>Wichtigste caring-Bedürfnisse nach Setting</i> | 34 |
| 4.1.6 | <i>Prioritäten nach Dimensionen</i> | 37 |
| 4.1.7 | <i>Unterschiede nach Setting</i> | 43 |
| 4.1.8 | <i>Signifikante Unterschiede nach sozialen Merkmalen</i> | 45 |
| 4.2 | ERFÜLLUNGSBEFRAGUNG | 47 |
| 4.2.1 | <i>Stichprobenbeschreibung</i> | 47 |
| 4.2.2 | <i>Soziale Merkmale allgemein</i> | 47 |
| 4.2.3 | <i>Am besten erfüllte caring-Bedürfnisse</i> | 49 |
| 4.2.4 | <i>Erfüllung nach Dimensionen</i> | 51 |
| 4.2.5 | <i>Unterschiede nach Setting</i> | 54 |
| 4.2.6 | <i>Unterschiede nach sozialen Merkmalen</i> | 56 |
| 4.2.7 | <i>Offene Anmerkungen der PatientInnen</i> | 56 |
| 4.3 | ERFÜLLBARKEITSBEFRAGUNG | 57 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 4.3.1 | <i>Stichprobenbeschreibung</i> | 57 |
| 4.3.2 | <i>Soziale Merkmale allgemein</i> | 58 |
| 4.3.3 | <i>Am besten erfüllbare caring-Bedürfnisse</i> | 59 |
| 4.3.4 | <i>Erfüllbarkeit nach Dimensionen</i> | 62 |
| 4.3.5 | <i>Unterschiede nach Setting</i> | 65 |
| 4.3.6 | <i>Unterschiede nach sozialen Merkmalen</i> | 67 |
| 4.3.7 | <i>Offene Anmerkungen der Pflegepersonen</i> | 69 |
| 4.4 | ZUSAMMENHANG ZWISCHEN DEN DREI BEFRAGUNGEN | 70 |
| 5 | ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE | 73 |
| 6 | FAZIT UND DISKUSSION | 75 |
| 6.1 | „FACHLICHEN SICHERHEIT“ UND „VERFÜGBARKEIT“ ALS PRIORITÄRE BEDÜRFNISSE | 75 |
| 6.2 | DER MÖGLICHE EINFLUSS DES ERLEBENS DER REALITÄT AUF DIE EINSTUFUNG DER WICHTIGKEIT..... | 76 |
| 6.3 | CARING ALS MEHRDIMENSIONALES KONSTRUKT..... | 76 |
| 6.4 | DAS KRANKENHAUS ALS INSTITUTION PRÄGT DIE WAHRNEHMUNG UND DIE BEDÜRFNISSE | 77 |
| 6.5 | SEHR HOHE ZUFRIEDENHEITSWERTE..... | 78 |
| 6.6 | CARING ALS STARK INTERNALISIERTE HALTUNG BEI DEN PFLEGENDEN | 79 |
| 7 | METHODISCHE REFLEXION UND GRENZEN DER STUDIE | 80 |
| 7.1 | DAS INSTRUMENT UND EINSATZ DER Q-SORT METHODE..... | 80 |
| 7.2 | ERZWUNGENE PRIORISIERUNG..... | 80 |
| 7.3 | CARE-Q ALS GUTES ABBILD DES KONSTRUKTS „CARING“ IN ALL SEINEN DIMENSIONEN | 81 |
| 7.4 | QUANTIFIZIERBARKEIT UND QUANTIFIZIERUNG VON CARING-BEDÜRFNISSEN | 81 |
| 7.5 | STICHPROBENGRÖÖE UND ÜBERTRAGBARKEIT | 82 |
| 8 | EMPFEHLUNGEN | 84 |
| 8.1 | EMPFEHLUNGEN FÜR DIE PRAXIS | 84 |
| 8.2 | FORSCHUNGSBEDARF | 85 |
| 9 | ANHANG | 86 |
| 9.1 | TABELLENANHANG..... | 86 |
| 9.1.1 | <i>Prioritätenbefragung</i> | 87 |
| 9.1.2 | <i>Erfüllungsbefragung</i> | 96 |
| 9.1.3 | <i>Erfüllbarkeitsbefragung</i> | 103 |
| 9.1.4 | <i>Ergebnisse Signifikanztests Unterschied nach Setting</i> | 110 |
| 9.2 | ÜBERSICHT ERHEBUNGSINSTRUMENTE | 111 |
| 9.3 | VORTEST PROTOKOLL..... | 115 |

| | | |
|-------|---|-----|
| 9.4 | VERWENDETE FRAGEBÖGEN | 117 |
| 9.4.1 | <i>Prioritätenbefragung (PatientInnen)</i> | 117 |
| 9.4.2 | <i>Erfüllungsbefragung (PatientInnen)</i> | 121 |
| 9.4.3 | <i>Erfüllbarkeitsbefragung (MitarbeiterInnen)</i> | 125 |
| 9.5 | ABBILDUNGSVERZEICHNIS | 129 |
| 9.6 | TABELLENVERZEICHNIS | 131 |
| 9.7 | LITERATUR..... | 132 |

1 AUSGANGSLAGE

Dem Jahresbericht 2006 der Statistik Austria zu Folge wurde im Jahr 2004 bei beinahe 37.000 Menschen eine bösartige Erkrankung diagnostiziert. Nach Herz-Kreislauferkrankungen zählen bösartige Tumorerkrankungen sowohl bei Männern als auch bei Frauen zu den häufigsten Todesursachen (Statistik Austria, 2009). Betrachtet man die Entwicklung in Österreich aber längerfristig, so zeigt sich eher eine abnehmende Tendenz an Neuerkrankungen pro Jahr (siehe Abbildung 1).

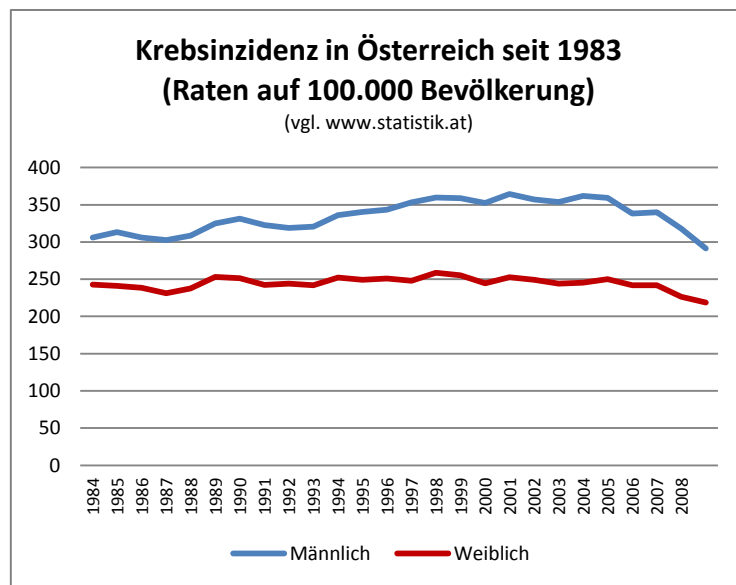


Abbildung 1: Krebsinzidenz in Österreich seit 1983

Die Statistiken geben Auskunft darüber, wie viele Neuerkrankungen bzw. Todesfälle es im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung gibt. Wie viele Menschen jedoch mit der Erkrankung selbst leben müssen, kann nur auf eine Schätzung zurückgeführt werden. Demnach sind weltweit zirka 25 Millionen Menschen von einer onkologischen Erkrankung betroffen (Garcia, Jemal, Ward, Center, Hao, Siegel, Thun, 2007).

Prognosen zufolge wird die Zahl der Neuerkrankungen in den nächsten Jahren ansteigen, aber auch die Lebenserwartung durch Früherkennung und die Fortschritte im therapeutischen Bereich, was darauf schließen lässt, dass die Zahl der sogenannten Krebsüberlebenden oder „cancer-survivors“ weiter zunehmen wird (Statistik Austria, 2009; Garcia et al., 2007).

Diese Tatsache stellt nicht nur für die Familie und Angehörige eine neue Herausforderung dar, sondern auch für die Pflege und die pflegerische Versorgung dieser PatientInnengruppe.

„Mit der wachsenden Anzahl von Menschen, die mit einer Krebserkrankung leben können, oder auch damit leben müssen, wird es immer wichtiger ein tieferes Verständnis für deren Unterstützungsbedürfnisse entlang ihres Krankheitsprozesses zu entwickeln“ (Zellhofer, 2009, S. 132).

Weiters besteht auch die Notwendigkeit sich dieser wachsenden Zielgruppe im Gesundheitswesen auf wissenschaftlicher Ebene vermehrt zuzuwenden, um somit eine fortschrittliche professionelle Versorgung zu gewährleisten, welche auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basiert. Die professionelle Versorgung von PatientInnen umfasst nicht nur fachliche Fertigkeiten und Wissen, sondern auch emotionale Professionalität (Rchaidia, de Casterlé, de Blaeser, Gastmans, 2009).

Caring im Sinne von „Sorge“, „Fürsorge“, „sich sorgen, kümmern um“ ist kein Phänomen, welches ausschließlich der Pflege vorbehalten ist, jedoch spielt es in der professionellen Pflegepraxis eine zentrale Rolle. Die Sorge um andere als zentraler Bestandteil professioneller Pflegepraxis kann bereits auf Florence Nightingale zurückgeführt werden. Für Nightingale liegen die Wurzeln der Pflege in einer fürsorglichen und heilenden Beziehung, welche sie durch die Begrifflichkeit caring umschreibt (Marriner-Tomey, 1992).

Im angloamerikanischen Raum werden die Begriffe „nursing“ und „caring“ (oder „care“), die unterschiedliche Bedeutung haben, gemeinsam zur Beschreibung der professionellen Pflgetätigkeit verwendet. Für diese beiden Begriffe gibt es im deutschsprachigen Raum keine Entsprechung, so ist es auch hier üblich geworden den Begriff „caring“ zu übernehmen, wenn von dem sorgenden, emotionalen Anteil der Pflege gesprochen wird.

Obwohl caring ein wichtiger Bestandteil oder Ausgangspunkt zentraler pflegetheoretischer Auseinandersetzungen (z.B. Wiedenbach 1963, Watson 1988, Benner, Wrubel 1989, Swanson 1991) ist und einem breiten pflegewissenschaftlichen Diskurs unterliegt, kann man nicht von einer einheitlichen und klaren „Definition“ des Begriffs „caring“ ausgehen.

Nach Morse, Sohlberg, Neander, Bottorff, und Johnson (1990) kann caring aus fünf unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet werden.

Caring als **menschliche Eigenschaft** (1) („human trait“) meint caring als Teil der menschlichen Natur. Die Eigenschaft zu pflegen wird von eigenen Erfahrungen geprägt und durch Wissen und Fertigkeiten der pflegerischen Ausbildung auf eine professionelle Ebene gehoben.

Caring als **moralisches Ideal** (2) („moral imperative or ideal“) wird als ein fundamentaler Wert in der Pflege beschrieben. Darunter ist die Haltung, welche die Pflegeperson (unter Berücksichtigung moralischer Ideale) den PatientInnen gegenüber einnimmt, zu verstehen. Die Arbeitsumgebung der Pflegepersonen sollte die Anwendung von caring zulassen und unterstützen, da der Wert von caring oftmals nicht anerkannt und als selbstverständlicher Teil der pflegerischen Tätigkeit angesehen wird.

Caring als **Emotion** (3) („affect“) stellt die Perspektive der emotionalen Verbundenheit der Pflegeperson gegenüber den Erfahrungen der PatientInnen dar. Gemeint ist in diesem Zusammenhang ein Gefühl von Sorge, Interesse, Beobachtung und Hingabe der Pflegeperson mit Fokus auf den Schutz der PatientInnen. Caring in diesem Sinne trägt zur Motivation pflegerischer Tätigkeiten bei und steigert die Vertrautheit zwischen PatientInnen und Pflegenden. In diesem Zusammenhang handelt die Pflegeperson selbstlos und ohne Erwartung dafür belohnt zu werden. Zeitliche und technische Einschränkungen und auch die Warnung sich emotional zu intensiv auf die PatientInnen einzulassen, können sich auf die Entwicklung von caring negativ auswirken.

Caring im Sinne der **zwischenmenschlichen Beziehung** (4) („interpersonal relationship“), stellt die Beziehung zwischen PatientInnen und Pflegepersonen in den Mittelpunkt. Caring erklärt und äußert sich durch die Interaktion zwischen PatientIn und Pflegeperson und umfasst die Gefühle und Verhaltensweisen, die mit der Beziehung in Verbindung stehen. Es äußert sich durch das Interesse am Anderen und dessen Gesundheitszustand.

Caring als Form **therapeutischer Intervention** (5) („therapeutic intervention“) ist als Tätigkeit zu verstehen, die mit caring in Verbindung steht. Handlungen, wie fürsorgliches Zuhören, Anleitung der PatientInnen, PatientInnenvertretung, Berührung, „Dasein“ und technische Kompetenz sollen die PatientInnen in ihrer Situation unterstützen. Wissen und Fertigkeiten sind Grundlage für diese caring-Tätigkeiten, ebenso wie die Übereinstimmung der Handlungen seitens der Pflegeperson mit den Bedürfnissen der PatientInnen.

Caring als Bestandteil professioneller Pflege äußert sich sowohl in einer Grundhaltung der Pflegeperson, als auch in konkreten Handlungen gegenüber der pflegebedürftigen Person (Martinsen, 1989 in: Kristiansen et al., 2006) und stellt den zentralen Bestandteil der Pflege dar. Denn „schließlich gebührt der Sorge in der Pflege die primäre Rolle, weil sie die Chance gibt, Hilfe zu leisten und Hilfe anzunehmen“ (Benner & Wrubel, 1997, S. 25).

Die Betreuung krebserkrankter Menschen stellt nun spezielle Anforderungen an Pflegepersonen. Kelly bezeichnet caring als eine wichtige klinische Variable, welche die PatientInnenzufriedenheit und/oder das Behandlungsergebnis im positiven Sinne beeinflusst (Kelly, 1998).

Bisherige Forschungsarbeiten mit PatientInnen und Pflegepersonen weisen grundsätzlich darauf hin, dass caring ein entscheidendes Kriterium für qualitätsorientierte Pflege ist. Es ist Teil professioneller Pflege und somit nicht nur ausschlaggebend für eine Basis in der pflegerischen Beziehung, sondern trägt auch maßgeblich zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen bei (Felgen, 2003).

Fürsorgliche Kommunikation und das „sich sorgen für andere“ sind für das Wohlbefinden der PatientInnen ebenso wichtig, wie das Erklären einer bevorstehenden Behandlung oder Therapie (Holstein, 1996). Nähe ist ein wichtiger Faktor in der Pflege und hat eine umso größere Bedeutung, wenn es um die Betreuung von onkologisch erkrankten Menschen und deren Angehörigen geht (Iranmanesh, Axelsson, Sävenstedt, Häggström, 2009). Erst durch eine sorgende Beziehung zum anderen ist es möglich, dass Vertrauen aufgebaut werden kann. Dadurch kann die Pflegeperson Probleme wahrnehmen, mögliche Lösungen dafür erfassen und infolgedessen gezielt Strategien entwickeln, um einen umsorgenden Zustand der PatientInnen herbeizuführen (Benner & Wrubel, 1997).

Trotz der Tatsache, dass caring ein schwer zu definierender und messbarer Begriff ist (was auch immer wieder Gegenstand kritischer Betrachtung bzw. Diskussion ist), lässt sich ein reges Forschungsinteresse dahingehend feststellen, was caring für PatientInnen und Pflegepersonen ausmacht und was es braucht, um sich umsorgt zu fühlen (Larson & Ferketich, 1993).

Aus der Literatur lässt sich erkennen, dass caring-Bedürfnisse von PatientInnen im Allgemeinen gut erforscht sind. Eine ausführliche Literaturrecherche zeigt bereits ein reges Interesse, allgemeine caring-Bedürfnisse zu erfassen (Huggins, Nash, Gandy, Kohut, 1993; Khademian & Vizesfar, 2008; McNamara, 1995; Meadows, 2007; Schmid Büchi, 2001; Widmark-Petersson, von Essen & Sjöden, 2000).

Ebenso zeigte sich, dass in der Forschungslandschaft der Untersuchung von caring-Bedürfnissen, welche auf die spezielle Gruppe der onkologisch erkrankten PatientInnen gerichtet ist, große Aufmerksamkeit geschenkt wird und ein breites Forschungswissen über diese Art der Bedürfnisse dieser PatientInnen vorherrscht (Posma, Van Weert, Jesse,

Bensing, 2009; Liu, Mok, Wong, 2005; Christopher & Hegedus, 2000; Larsson, Peterson Widmark, Lampic, von Essen, Sjöden., 1998; von Essen & Sjöden, 2003; Iranmanesh, Axelsson, Sävenstedt, Häggström, 2009; Widmark-Petersson, von Essen, Lindman, Sjöden, 1996; Yuanmay, Ya-Ping, Hsiu-Ju, Chia-Chin, 2005).

Offen blieb die Frage danach, ob sich die caring-Bedürfnisse krebserkrankter Menschen, je nach Stadium der Erkrankung in dem sie sich befinden, ändern oder ob diese unabhängig davon sind, unbeantwortet. Diese Forschungslücke sollte mit der vorliegenden Arbeit geschlossen werden.

2 ZIEL UND FRAGESTELLUNG

Ziel der wissenschaftlichen Studie war es nun in erster Linie die caring-Bedürfnisse krebskranker Menschen in verschiedenen Stadien der Erkrankung bzw. in unterschiedlichen Behandlungssituationen zu erfassen, Prioritäten herauszuarbeiten und zu sehen, ob diese vom Krankheitsstadium oder von anderen beeinflussenden Faktoren abhängig sind.

Da die Erhebung in einem speziellen Krankenhaus durchgeführt wurde, war das Interesse an dieser Stelle natürlich auch auf den Aspekt der Zufriedenheit der PatientInnen mit der Erfüllung dieser gerichtet. Dies konnte auch sehr gut in das wissenschaftliche Interesse integriert werden, da eine Beleuchtung von einem Phänomen aus verschiedenen Perspektiven durchaus weitere Erkenntnis zu dem Phänomen bringt. Aus diesem Grund wurde nun auch die Perspektive der Pflegenden auf die Erfüllbarkeit von caring-Bedürfnissen erhoben.

Der Vergleich dieser drei Perspektiven und das Herausfinden, inwieweit sich diese decken und wo mögliche Unterschiede liegen, war ein weiteres Ziel, das mit dieser Arbeit verfolgt wurde.

Daraus ergaben sich folgende Forschungsfragen:

- Wo liegen die Prioritäten der caring-Bedürfnisse von onkologisch erkrankten Menschen (*postoperatives, behandlungszentriertes und palliatives Setting*)?
- Unterscheiden sich die Prioritäten der caring-Bedürfnisse onkologisch erkrankter Menschen je nachdem in welchem Stadium der Erkrankung sie sich befinden und wenn, worin?
- Haben Faktoren wie *Alter, Geschlecht, Bildung* der PatientInnen einen Einfluss auf die caring-Bedürfnisse?
- Wie wird die Erfüllung der caring-Bedürfnisse seitens professioneller Pflege von onkologisch erkrankten Menschen eingeschätzt?
- Wie schätzen VertreterInnen professioneller Pflege ihre Möglichkeit caring-Bedürfnisse zu erfüllen ein und gibt es hier einen Unterschied in den drei Settings?
- Wie stellen sich Beziehungen und Unterschiede zwischen den Bedürfnisprioritäten und der Erfüllung dieser, bzw. der Möglichkeit zur Erfüllung allgemein und innerhalb der drei Settings im Vergleich dar?

Durch diese Studie soll vor allem noch ein besserer und differenzierterer Einblick in die caring-Bedürfnisse von Menschen mit einer Krebserkrankung ermöglicht werden. Die Ergebnisse sollen weiters dazu beitragen, den Bedürfnissen von onkologisch erkrankten Menschen während ihres Krankenhausaufenthaltes besser entgegen zu kommen und dadurch die Qualität des Aufenthaltes zu verbessern.

Des Weiteren bietet das Forschungsprojekt die Möglichkeit der Entwicklung eines multidimensionalen Erfassungs- und Bewertungsinstruments von caring-Bedürfnissen für den deutschsprachigen Raum.

3 STUDIENDESIGN

Zur Beantwortung der vorliegenden Forschungsfragen wurde eine quantitative, deskriptive Querschnittstudie durchgeführt. Querschnittstudien charakterisieren sich dadurch, dass die Daten einer Stichprobe nur zu einem Zeitpunkt gesammelt werden. Man erhält damit eine Aussage über einen bestimmten Ist-Zustand zu einem Zeitpunkt. Mittels deskriptiver Studien können somit bestimmte Phänomene beschrieben und (in diesem Fall) auch quantifiziert werden (Mayer, 2011).

Für die Studie wurde dieses Design gewählt, da man ein verbessertes Verständnis bzw. eine Wissenserweiterung um die Prioritäten von caring-Bedürfnissen onkologisch erkrankter Menschen in drei unterschiedlichen Settings erlangen wollte und Vergleiche innerhalb der Settings und anhand der soziodemografischen Variablen anstellen wollte.

3.1 Messinstrument

Als Methode zur Erfassung der Prioritäten von caring-Bedürfnissen wurde eine mündliche, standardisierte und strukturierte Befragung ausgewählt. Zur Erhebung der Erfüllung der caring-Bedürfnisse aus Sicht von PatientInnen und der Möglichkeiten der Erfüllung durch die Pflegepersonen wurde eine schriftliche standardisierte Befragung mittels eines Selbstausfüllerfragebogens durchgeführt. In allen drei Befragungen wurde das adaptierte quantitative Messinstrument „Caring Assessment Report Evaluation Q-Sort“ (CARE-Q) von Larson (1984) als Grundlage zur Erhebung von Prioritäten (PatientInnen), Erfüllung (PatientInnen), und Erfüllungbarkeit (Pflegepersonen) der caring-Bedürfnisse in drei unterschiedlichen Settings (postoperativ, behandlungszentriert, palliativ) herangezogen. Dieses wurde ins Deutsche übersetzt und nach einem Vortest geringfügig adaptiert.

3.1.1 Ausgangslage Erhebungsinstrument

Beider CARE-Q Scale handelt es sich um das erste „caring-Messinstrument“, welches in der pflegewissenschaftlichen Literatur zitiert wurde. Der originale „Caring Assessment Report Evaluation Q-Sort“ wurde von Larson (1984) auf Basis einer Delphi Studie entwickelt, um die wichtigsten caring-Verhaltensweisen von Pflegepersonen zu identifizieren, welche von PatientInnen wahrgenommen wurden. Bei der Entwicklung wurden die Sichtweisen von PatientInnen und Pflegepersonen bezogen auf das Phänomen caring berücksichtigt.

Zusätzlich fokussierte man sich bei der Entwicklung der CARE-Q speziell auf die caring-Bedürfnisse von onkologisch erkrankten Menschen.

Das Instrument bildet folgende sechs caring-Dimensionen ab. (Larson zitiert nach Watson, 2009).

- Verfügbarkeit („is accessible“, 6 Items);
- Wohlbefinden („comforts“, 9 Items);
- Vorausschauen („anticipates“, 5 Items);
- vertrauensvolle Beziehung („develops a trusting relationship“, 16 Items);
- fachliche Sicherheit („monitors and follows through“, 8 Items);
- Information und Förderung (explains and facilitates“, 6 Items)

Das Vorgehen bei der Messung basiert auf der Q-Sort Methode und dient zur Identifizierung der wichtigsten caring-Bedürfnisse von PatientInnen. Die Q-Methode wurde erstmals in den 1930er Jahren vom amerikanischen Wissenschaftler William Stephenson erwähnt und ist gegenwärtig hauptsächlich im angloamerikanischen Raum vertreten. In den deutschsprachigen Ländern kann der Einsatz dieser speziellen Methode kaum festgemacht werden (Müller et al., 2004). Die Q-Sort Technik ist ein Erhebungsverfahren, bei dem ein Q-Set anhand einer Skala (z.B. „sehr wichtig“ bis „gar nicht wichtig“) nach bestimmter Vorgaben in eine Rangreihung gebracht werden soll. Bei einem Q-Set handelt es sich um ein Set, welches aus einzelnen Items zu einem Phänomen oder Konstrukt (z.B. caring-Bedürfnisse) besteht. Sinn und Zweck dieser speziellen Methode ist es, die ProbandInnen über die Vorgabe der Anzahl der Items, die einer Kategorie zugeordnet werden sollen, zu zwischen, Entscheidungen zu treffen und Prioritäten zu setzen. Tut man das nicht, so läuft man Gefahr, dass viele Items als „sehr wichtig“ eingestuft werden, was eine differenzierte Auswertung und Interpretation der Ergebnisse verhindert (von Essen & Sjoden, 1991b).

Der Vorteil einer Befragung, welche auf der Q-Sort Methode basiert, besteht laut Haupt (2004) neben der Vermeidung eines zu homogenen Antwortverhaltens auch darin, eine gewisse Sicherheit vor Verfälschungen durch die ProbandInnen vor allem dort, wo soziale Erwünschtheit eine zentrale Position einnimmt, zu gewährleisten.

Verglichen mit anderen caring-Erhebungsinstrumenten weist die CARE-Q einen starken Praxiseinsatz (besonders im onkologischen Bereich) auf und ist ein oft getestetes Instrument, das gute psychometrische Eigenschaften aufweist (u.a. Larson, 1984; Komorita, Doehring, Hirschert, 1991; Larson & Ferketich 1993; von Essen & Sjoden, 1991; Lee, Larson Holzemer, 2006)

Die CARE-Q Scale ist auch diejenige unter den Messinstrumenten, die einen sehr guten Einsatz in der Praxis nachweisen kann und deren Vor- und Nachteile in der Anwendung daher gut beschrieben sind. Weiters wurde sie in unterschiedlichsten Bereichen mit

verschiedensten PatientInnengruppen eingesetzt (Holroyd, Yuekuen, Sauwai, Fungshan, Wai-wan, 1998; Larson, 1984, 1986, 1987; Mayer, 1987; Komorita, Doehring, Hirschert, 1991; Mangold, 1991; von Essen & Sjoden, 1991; Rosenthal, 1992; von Essen, 1993; Smith, 1997; Larson & Ferketich, 1993; Lee, Larson, Holzemer, 2006).

Aus der CARE-Q Scale entwickelten sich im Laufe der Zeit weitere Instrumente, z.B. der „Caring Satisfaction Questionnaire“ (CARE/SAT, Larson & Ferketich, 1993) um in einem weiteren Schritt die Zufriedenheit der PatientInnen mit der erhaltenen Pflege zu messen. Dabei wurden die 50 Items des originalen Erhebungsinstruments auch auf 29 Items reduziert.

Ebenso modifizierten Lee, Larson und Holzemer (2006) die CARE-Q Scale insofern, als sie die Antwortmöglichkeiten auf eine Sieben-Punkt-Likert-Skala abänderten. Diese wiederum misst die von PatientInnen wahrgenommene Häufigkeit des entgegengebrachten caring-Verhaltens durch das Pflegepersonal (Larson zitiert nach Watson, 2009).

3.1.2 Adaption des Erhebungsinstrumentes

Der Fragebogen wurde in einem parallelen Verfahren von einer englischsprachigen „native Speakerin“, die über ausgezeichnete Deutschkenntnisse verfügt und in Übersetzungsprozessen erfahren ist, und den (allesamt deutschsprachigen) Mitgliedern der Forscherinnengruppe (in der sich auch ausgewiesene Fachexpertinnen im Bereich onkologischer- und Palliativpflege befanden) vom Englischen ins Deutsche übersetzt. In einem Workshop wurden die Ergebnisse dieser beiden Übersetzungsprozesse eingehend diskutiert und daraus wurde gemeinsam eine deutsche Version der Items entwickelt. In einer weiteren Runde wurden die Items noch einmal hinsichtlich Verständlichkeit, Klarheit und genderbezogenen Aspekten geringfügig überarbeitet. Auch mussten einige Items an die Situation des österreichischen Gesundheitswesens und der Pflege angepasst werden.

Diese erste Version der übersetzten CARE-Q Scale (in der Originalversion mit 50 Items) wurde in einem ersten Vortest auf der Tagesbettenstation der Onkologie des Krankenhauses Hietzing unter realen Bedingungen von zwei Mitarbeiterinnen des Forscherinnenteams an vier PatientInnen (zwei Frauen und zwei Männer) erprobt.

Bei der Anwendung der Q-Sort Methode konnte man bereits bei diesen ersten vier Fällen erkennen, dass sich die PatientInnen durch die 50 Items überfordert fühlten und somit die Bereitschaft an der Befragung teilzunehmen stark beeinträchtigt war. Auch erwiesen sich die sieben Antwortkategorien für die PatientInnen als verwirrend und zu komplex. Die

angeführten Anmerkungen seitens der teilnehmenden ProbandInnen am Vortest (Protokoll siehe Anhang) waren schließlich ausschlaggebende Gründe, um sowohl die Itemzahl des Erhebungsinstrumentes als auch die Zahl der Antwortkategorien zu minimieren.

Zu diesem Zweck wurde die gekürzte Version der originalen CARE-Q herangezogen. Dabei handelt es sich um die bereits erwähnten CARE/SAT (Larson & Ferketich, 1993). Die darin vorgeschlagenen 29 Items (die jedoch auch alle sechs caring-Dimensionen der 50 Item-Version abbilden) wurden in einem weiteren Workshop mit den Ergebnissen aus dem Vortest abgeglichen und bis auf eines, das im Vortest bereits als problematisch (bezüglich der Verständlichkeit und Relevanz) erkannt und somit ausgetauscht wurde, übernommen.

Auch die Antwortkategorien wurden aufgrund des Vortests zwecks einfacherer Zuordnung durch die befragten Personen auf eine 5-Punkt-Skalierung unter Berücksichtigung der Q-Sort Methode abgeändert.

3.1.3 Ergebnis der Fragebogenadaptierung

Das Ergebnis der Fragebogenadaptierung bildet somit ein Katalog von 29 Items unter Beibehaltung der sechs Dimensionen der caring-Bedürfnisse des originalen Fragebogens. Die unten stehende Tabelle zeigt die sechs caring-Dimensionen der Original CARE/SAT mit den 29 Items der gekürzten deutschen Übersetzung.

| <i>Damit Sie sich umsorgt fühlen, wie wichtig ist Ihnen, dass die Pflegeperson...</i> | |
|---|--|
| Verfügbarkeit („accessible“) | <p>...regelmäßig von sich aus auf Sie zugeht, um z.B. unterstützende Maßnahmen anzubieten (Schmerzmittelmedikation, Einreibungen etc.).</p> <p>... eine zeitgerechte Verabreichung der Behandlungen veranlasst.</p> <p>... regelmäßig nach Ihnen sieht.</p> <p>... rasch auf Ihr „Läuten“ reagiert.</p> <p>... Sie dazu ermutigt zu läuten, wenn Sie ein Problem haben.</p> |
| Information und Förderung („explains and facilitates“) | <p>... Sie über verfügbare Unterstützungsangebote informiert (z.B. Selbsthilfegruppen)</p> <p>... Ihnen angemessene Information bietet, damit Sie sich nicht unwissend fühlen.</p> <p>... Ihnen alles was in Zusammenhang mit Ihrer Pflege wichtig ist erklärt.</p> <p>... Sie anleitet, wie Sie sich selbst versorgen können, wenn Ihnen dies möglich ist.</p> <p>... Ihnen hilft die Fragen, welche Sie Ihrem/Ihrer Arzt/Ärztin stellen wollen, vorzubereiten.</p> |
| Wohlbefinden schaffen („comforts“) | <p>... Ihnen Bedingungen schafft, dass Sie sich wohl fühlen (z.B. durch angenehme Lichtverhältnisse, Reduktion der Lärmbelästigung)</p> <p>... Sie unterstützt, trotz der schwierigen Situation Positives zu sehen</p> |
| Vorausschauen („anticipates“) | <p>...weiß, wann belastende Situationen eintreten können und auf diese zeitgerecht reagiert</p> <p>...meine Bedürfnisse, ohne mich vorher fragen zu müssen, wahrgenommen hat</p> |
| Vertrauensvolle Beziehung („Trusting relationship“) | <p>...Sie beim Festlegen Ihrer individuellen Ziele unterstützt</p> <p>...bei der Klärung und Ordnung der Gedanken hinsichtlich der Erkrankung und Behandlung hilft</p> <p>...Sie bestärkt Fragen zu stellen</p> <p>...den Patienten die höchste Priorität einräumt egal was sonst passiert</p> <p>...Ihnen und Ihrer Familie ein Gefühl von „Vertrauen“ vermittelt</p> <p>...es ermöglicht, dass Sie über Ihre Gefühle bezogen auf Ihre Erkrankung sprechen können</p> <p>...mit Ihnen gleich bleibend herzlich und respektvoll umgeht</p> <p>...Sie als Mensch in Ihrer Einzigartigkeit wahrnimmt</p> |
| Fachliche Sicherheit („monitors and follows through“) | <p>...professionell im Auftreten und Erscheinungsbild ist (angemessene Kleidung, Namensschild etc.)</p> <p>...gut organisiert ist</p> <p>...sicher in der Verabreichung von therapeutischen Maßnahmen (Injektionen, Infusionen) und im Umgang mit Gerätschaften ist</p> <p>...gelassen ist</p> <p>...Ihnen, die ihren Bedürfnissen entsprechende Pflege zukommen lässt</p> <p>...sicherstellt, dass alle Pflegepersonen wissen, wie Ihre individuelle Pflege zu gestalten ist</p> <p>...weiß, wann es notwendig ist die Ärztin/den Arzt zu holen bzw. anzurufen</p> |

Tabelle 1: Übersicht caring-Dimensionen und Items

Alle drei Messinstrumente enthalten dieselben 29 Items, lediglich der Einleitungssatz, die Formulierung der caring-Bedürfnisse und der Antwortmodus, bzw. die Antwortkategorien wurden auf die jeweilige Befragung und auf dessen Zielsetzung angepasst.

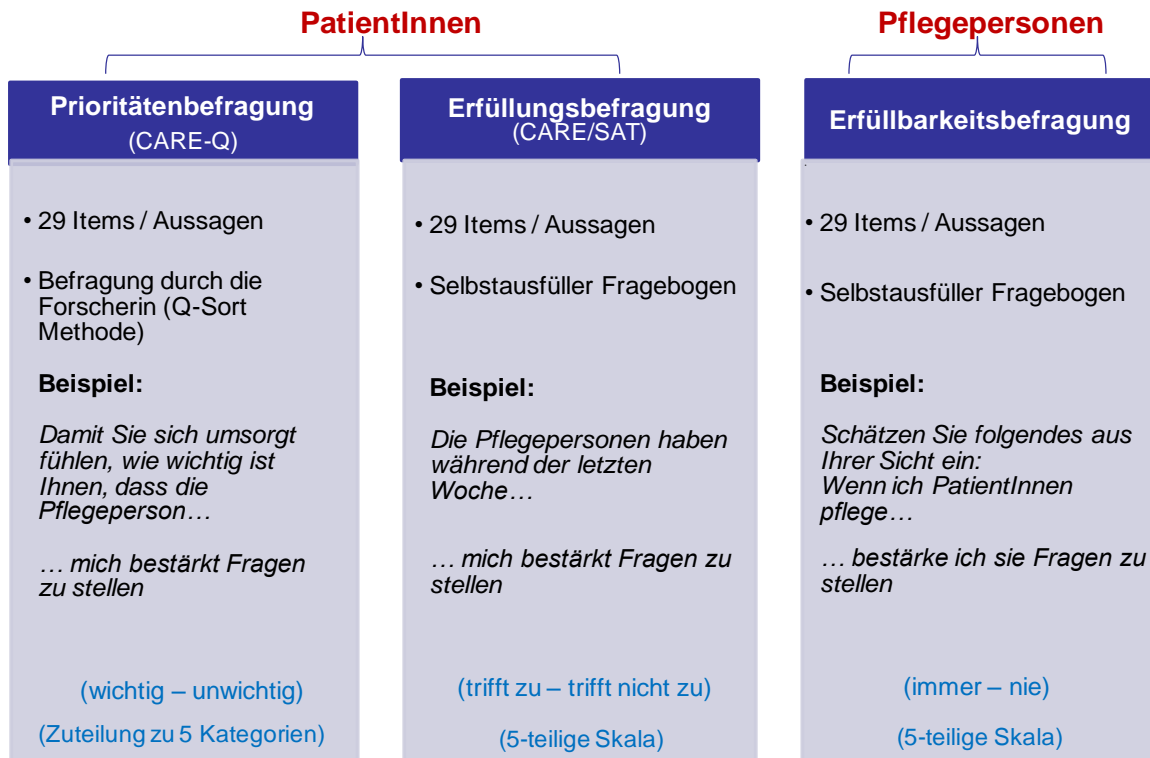


Abbildung 2: Logik der drei Messinstrumente im Vergleich

Messung der Prioritäten:

Für die fünf Antwortkategorien wurden fünf Antwortboxen verwendet (siehe Abbildung 3). Gemäß der Q-Sort Methode durften die befragten PatientInnen in jede Antwortkategorie¹ auf der Skala nur eine gewisse Kärtchenanzahl einordnen.

- „sehr wichtig“ = 2 Items
- „eher wichtig“ = 6 Items
- „teils teils“ = 13 Items
- „eher unwichtig“ = 6 Items
- „unwichtig“ = 2 Items

¹In der vorliegenden und durchgeführten Befragung wurden Antwortboxen verwendet, in welche die caring-Bedürfnisse (Kärtchen) durch die PatientInnen gemäß der Q-Sort Methode eingeordnet werden mussten.



Abbildung 3: Darstellung der Q-Sort Befragung

Zusätzlich wurde ein Kurzfragebogen zur Erfassung wichtiger soziodemografischer Variablen (Geschlecht, Geburtsjahr, Muttersprache, Religionsbekenntnis, Schulabschluss, erstmalige Behandlung und Aufenthaltsdauer) entwickelt. Die Art des Karzinoms wurde durch Nachfragen bei den Pflegenden eruiert (Fragebogen siehe Anhang).

Messung der Erfüllung der Bedürfnisse:

Der Fragebogen enthält dieselben 29 Items wie die Prioritätenbefragung und ebenfalls eine 5-Punkt-Skalierung („trifft zu“ bis „trifft nicht zu“) zur Beantwortung. Dieses Instrument wurde als Selbstausfüller-Fragebogen konzipiert. Die ProbandInnen waren aufgefordert jedes Item hinsichtlich der Erfüllung einer der 5 Kategorien zuzuordnen. Am Ende des Fragebogens wurde mittels einer offenen Frage noch die Möglichkeit Kommentare (Wünsche, Anregungen, Beschwerden) anzubringen eingeräumt und soziodemografische Variablen erhoben.

Messung der Erfüllbarkeit:

Zur Messung der Erfüllbarkeit wurde ebenfalls ein Selbstausfüller-Fragebogen mit denselben 29 Items und einer 5-Punkte-Skala zur Bewertung der Möglichkeit der Erfüllung jedes Items von „immer“ bis „nie“ entwickelt. Auch hier werden soziodemografische Variablen (wie Geschlecht, Alter, Ausbildung /-sort u.a.) abgefragt.

Ebenso wurde den MitarbeiterInnen am Ende des Fragebogens die Gelegenheit geboten, Ergänzungen bzw. Bemerkungen anzufügen.

Im Anhang sind in einer Tabelle die Items aller drei Instrumente und die der originalen CARE-Q (50 Items) im Vergleich dargestellt.

3.2 Stichprobe und Einschlusskriterien

Insgesamt beteiligten sich sechs Stationen des postoperativen, sechs Stationen des behandlungszentrierten und eine Station des palliativen Settings des Krankenhauses Hietzing an der vorliegenden Untersuchung.

Das *postoperative Setting* umfasst Stationen des operativen Bereichs – überwiegend handelt es sich dabei um chirurgische Stationen.

Das *behandlungszentrierte Setting* beinhaltet vorwiegend Fachabteilungen aus der inneren Medizin und Dermatologie.

Das *palliative Setting* umfasst eine Abteilung, auf welcher größtenteils terminal erkrankte Personen behandelt werden. In diesem Setting steht nicht die Behandlung im Vordergrund, sondern ein adäquates Schmerzmanagement.

Folgende Stationen konnten den einzelnen Settings zugeteilt werden:

| Postoperatives Setting | Behandlungszentriertes Setting | Palliatives Setting |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Chirurgie 1A (22 Betten)• Chirurgie 1B (22 Betten)• Chirurgie 2B (22 Betten)• Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (31 Betten)• Gynäkologie (20 Betten, Aufwachraum, 5 Klassenbetten)• Urologie (28 Betten, 4 Klassebetten) | <ul style="list-style-type: none">• Kristian (21 Betten)• Lunge L 1 (14 Betten, 6 Tagesbetten)• Lunge 3 (16 Betten davon 6 Betten IMC und Schlaflabor)• Lunge 4 (22 Betten)• Lunge 5 (21 Betten)• Dermatologie (28 Betten, 4 Klassebetten) | <ul style="list-style-type: none">• Palliativstation (14 Betten) |

Abbildung 4: Übersicht der beteiligten Stationen nach Setting

Die minimale Stichprobengröße, um für die Prioritätenbefragung die notwendigen statistischen Tests vor allem zum Vergleich der Ergebnisse in den verschiedenen Settings durchführen zu können, wurde in Absprache mit einer Statistikerin auf ein Minimum von 60 Personen pro Setting festgelegt. Einzig für das palliative Setting einigte man sich auf eine minimale Stichprobengröße von 30 PatientInnen, da die Rekrutierung von 60 aufgrund des psychischen und physischen Zustandes und der geringen Bettenzahl (in Kombination mit einer doch längeren Aufenthaltsdauer der einzelnen PatientInnen im Vergleich zu den anderen Settings) in einem überschaubaren Zeitrahmen schwierig erschien.

In die Prioritätenbefragung wurden im Allgemeinen all jene onkologisch erkrankten Personen eingeschlossen, die während des Erhebungszeitraumes (April 2010 – Jänner 2011) auf einer

der beteiligten Stationen² des Krankenhauses „Hietzing mit neurologischem Zentrum Rosenhügel“ behandelt wurden.

Zusätzlich mussten folgende Einschlusskriterien beachtet werden:

- *Postoperatives Setting*: erstmaliger operativer Eingriff im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung. Die PatientInnen wurden nach der Operation, wenn möglich nach dem dritten postoperativen Tag, befragt.
- *Behandlungszentriertes Setting*: bestehende krebsbezogene Therapie (Chemo- und Strahlentherapie). Die PatientInnen wurden bei Aufsuchen des Krankenhauses im Rahmen ihrer Behandlung/Therapie befragt.
- *Palliatives Setting*: verstärkter Fokus auf zumutbare psychische und physische Verfassung. Hier wurde kein genauer Zeitpunkt für die Befragung festgemacht, sondern vielmehr auf die körperliche Verfassung der PatientInnen Rücksicht genommen und dahingehend der Zeitpunkt für die Befragung angepasst.

Einschlusskriterien zur Teilnahme an der **Erfüllungsbefragung** der PatientInnen waren das Vorliegen einer onkologischen Erkrankung, eine entsprechende physische und psychische Verfassung der Probandinnen und Probanden und ein „informed consent“ in schriftlicher Form. Im palliativen Setting wurde zusätzlich auf die Expertise der auf der Station tätigen Pflegepersonen zurückgegriffen.

Aus beiden Befragungen ausgeschlossen wurden PatientInnen mit mangelnden Deutschkenntnissen, da die Komplexität der Befragung eine problemlose Kommunikation zwischen der PatientIn und der Forscherin voraussetzt. Auch wurde darauf geachtet, dass PatientInnen bei der Befragung nur einmal teilnehmen, selbst wenn sie im Laufe ihrer Erkrankung in den unterschiedlichen drei Settings (postoperativ/behandlungszentriert/palliativ) behandelt wurden.

Bei der **Erfüllbarkeitsbefragung** der MitarbeiterInnen im pflegerischen Bereich³ wurde auf den teilnehmenden Stationen eine Vollerhebung durchgeführt, d.h. es wurde jeder Mitarbeiterin/jedem Mitarbeiter ein Fragebogen ausgehändigt.

²Palliativstation, Kristian (Onkologie), Lunge L 1, Lunge 3, Lunge 4, Chirurgie 1A, Chirurgie 1B, Chirurgie 2B, Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Dermatologie, Gynäkologie, Urologie

³ Dipl. Gesundheits- und Krankenpfleger/-schwester & pflegerischer Hilfsdienst

3.3 Ethische Überlegungen

Da krebserkrankte Menschen auf Grund der als lebensbedrohend wahrgenommenen Erkrankung eine vulnerable Zielgruppe darstellen (Marckmann & Meran, 2007, S. 62; Mayer, 2011, S. 71) mussten folgende Aspekte des Persönlichkeitsschutzes für die Durchführung des Forschungsvorhabens explizit beachtet werden (Mayer, 2011):

1. umfassende Information und freiwillige Zustimmung der teilnehmenden ProbandInnen, einschließlich des Rückzugsrechtes ohne Angabe von Gründen (=freiwillige Teilnahme)

- *Prioritätenbefragung (PatientInnen):*

Die in die Stichprobe passenden PatientInnen wurden vorab in mündlicher und schriftlicher Form durch die Stationsleitung bzw. stellvertretende Stationsleitung der teilnehmenden Abteilung über Ziel und Wesen des Forschungsvorhabens informiert. Ihnen wurde ein angemessenes und in verständlicher Form verfasstes Informationsblatt ausgehändigt. Im zweiten Schritt wurden die sich zur Studie bereit erklärten TeilnehmerInnen nochmals durch die Forscherin informiert und aufgeklärt. Die PatientInnen konnten freiwillig und ohne jeglichen Druck entscheiden, ob sie bereit waren, an der Studie teilzunehmen.

- *Erfüllungsbefragung (PatientInnen):*

Die Selektion und mündliche bzw. schriftliche Aufklärung über das Wesen der Erhebung der in Frage kommenden PatientInnen übernahm die zuständige Stationsleitung bzw. stellvertretende Stationsleitung der teilnehmenden Abteilung. Den interessierten PatientInnen wurde ein Fragebogen ausgehändigt, der ein verständliches und angemessenes Informationsblatt beinhaltete, sowie die darauf abgestimmte Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie. Die ProbandInnen konnten frei und ohne Druckausübung entscheiden, ob sie an der Untersuchung teilnehmen wollen. Auf den teilnehmenden Stationen wurde jeweils eine beschriftete Box deponiert, in welche die PatientInnen den ausgefüllten Fragebogen einwerfen konnten. Für jene PatientInnen, denen es nicht möglich war, den Fragebogen selbstständig in die dafür vorgesehene Box zu werfen, übernahm dies eine MitarbeiterIn der beteiligten Station.

- *Erfüllbarkeitsbefragung (Pflegerpersonen):*

Bei der Erfüllbarkeitsbefragung wurde allen Pflegepersonen der teilnehmenden Stationen ein Fragebogen ausgehändigt, der zu Beginn ein Informationsblatt beinhaltete, welches in verständlicher Form über Wesen und Ziel der Studie Aufschluss geben soll.

Die Aushändigung der Fragebögen an die Pflegepersonen übernahm dabei die Stationsleitung bzw. stellvertretende Stationsleitung der beteiligten Abteilung. Jedem/r Mitarbeiter/in wurde das Recht eingeräumt sich entweder an der Studie zu beteiligen, oder eine Teilnahme zu verweigern. Jene MitarbeiterInnen welche sich gegen eine Teilnahme an der Untersuchung entschieden, wurden trotzdem gebeten den nicht ausgefüllten Fragebogen in die dafür vorgesehene Box einzuwerfen.

2. Zusicherung der Anonymität und des Datenschutzes

Die Anonymität der ProbandInnen konnte diesen im Auswertungsprozess zugesichert werden. Die Namen der teilnehmenden PatientInnen und Pflegepersonen wurden weder aufgelistet, noch angeführt. Lediglich die Erhebungsbögen der drei Befragungen in den unterschiedlichen drei Settings wurden zur Identifizierung mit einem Code⁴ versehen. Dieser Code wurde am Ende des Blattes mittels des Datums angebracht. Der Vergleich basiert somit nur auf den vercodeten Daten, womit kein Rückschluss auf einzelne Personen möglich ist und sich somit die Identität der ProbandInnen nicht erkennen lässt.

Die gesamten Daten der Forschungsarbeit unterliegen dem Datenschutz. Die ProbandInnen wurden darüber informiert, dass die Erhebung der Daten dem wissenschaftlichen Interesse und Zweck gewidmet sind und in diesem Interesse auch ausgewertet und weiterverarbeitet werden. Nach Beendigung der Studie werden die erhobenen Daten gemäß dem Datenschutzgesetz verwaltet und es wird darauf geachtet, dass diese für Dritte nicht zugänglich sind.

3. Schutz vor psychischen und/oder physischen Schäden

Da krebserkrankte Menschen auf Grund der als lebensbedrohend wahrgenommenen Erkrankung eine vulnerable Zielgruppe darstellen, bedarf es einer besonders einfühlsamen Vorgehensweise der Pflegepersonen und ForscherInnen (Marckmann & Meran, 2007, S. 62). Oftmals stehen PatientInnen während ihres Krankenhausaufenthaltes in einem Abhängigkeitsverhältnis zum Pflegepersonal, worauf sie sich zu einer Teilnahme an der Studie verpflichtet fühlen können. Die PatientInnen wurden immer wieder darauf aufmerksam gemacht, dass eine Verweigerung der Teilnahme an der Studie keinerlei Konsequenzen/Auswirkungen auf die pflegerische Betreuung dieser hat und für sie dadurch weder ein Vorteil noch ein Nachteil entsteht.

⁴16.04.2010 = postoperatives Setting; 17.04.2010 = behandlungszentriertes Setting; 18.04.2010 = palliatives Setting

Bei den Befragungen selbst wurde auf die physische und psychische Verfassung der TeilnehmerInnen Rücksicht genommen, bei der Prioritätenbefragung wurde zusätzlich bei Bedarf die Untersuchung unterbrochen oder abgebrochen und Zeit für persönliche Gespräche eingeräumt.

Die vorliegende Studie wurde bei der Ethikkommission, Gemeinde Wien, eingereicht und der positive Bescheid bildete die Voraussetzung für die Durchführung des Forschungsvorhabens.

3.4 Datenerhebung - Vorgehensweise

Vorab wurde eine allgemeine Informationsveranstaltung für alle beteiligten Stationen und deren MitarbeiterInnen des Krankenhauses Hietzing durchgeführt, in welcher Ziel und Ablauf der Studie vorgestellt, die MitarbeiterInnen über die Art der gewünschten Mithilfe informiert wurden. Im Anschluss daran wurden verantwortliche Pflegepersonen (Stationsleitung bzw. stellvertretende Stationsleitung) der teilnehmenden Stationen festgelegt, welche als Ansprechpersonen für die jeweilige Forscherin im Feld dienten. Mit jenen Ansprechpersonen wurde eine nochmalige stationsinterne Informationsveranstaltung durchgeführt, im Rahmen dieser auch das Informationsmaterial für PatientInnen und Pflegenden, die Fragebögen und die Sammelboxen für den Rücklauf der Fragebögen ausgehändigt wurden.

Prioritätenbefragung - Ablauf

Die Rekrutierung der TeilnehmerInnen wurde von der Stationsleitung übernommen. Diese sprach alle den Kriterien entsprechenden Personen an und händigte das Informationsmaterial aus. Wenn sich die Betroffenen einverstanden erklärten, wurden sie auf eine Liste gesetzt. Die zuständige Forscherin nahm in regelmäßigen Abständen telefonischen Kontakt mit der Station auf, um zu erfahren, ob und welche PatientInnen für die Befragung zur Verfügung standen.

Danach erfolgte die standardisierte strukturierte mündliche Befragung der teilnehmenden Person durch die Forscherin im Krankenhaus. Dabei konnten sich die PatientInnen frei entscheiden, an welchem Ort die Befragung durchgeführt werden sollte. Eine Aufklärung und Information über die Studie wurde durch die Forscherin erneut durchgeführt und im Anschluss daran das Einverständnis für die Teilnahme in schriftlicher Form eingeholt.

Zu Beginn der Befragung wurde den PatientInnen eine kurze Einführung zur speziellen Q-Sort Methodik geboten und die Besonderheiten der Zuordnung der caring-Kärtchen

aufgezeigt. Nach Unterzeichnung der Einverständniserklärung für die Teilnahme an der Befragung wurden die bereits angeführten soziodemografischen Variablen der PatientInnen erhoben. Im Anschluss daran wurden den ProbandInnen die caring-Kärtchen ausgehändigt und diese unter Berücksichtigung des körperlichen Zustandes entweder selbstständig gelesen, oder durch die Forscherin vorgelesen. Die PatientInnen wurden aufgefordert, die 29 Kärtchen (auf welchen die caring-Bedürfnisse verschriftlicht waren) einer der fünf beschrifteten Antwortboxen zuzuordnen.

Die PatientInnen entwickelten bei der Zuordnung der caring-Kärtchen nach der Q-Sort Methode unterschiedlichste Vorgehensweisen, um eine methodengerechte Zuordnung zu erzielen. Wenn die caring-Kärtchen der Befragung seitens der PatientInnen nicht im ersten Schritt der vorgegebenen Anzahl nach zugeordnet werden konnten, so wurde dies in einem zweiten Versuch, durch ein wiederholtes Einordnen bzw. Umordnen durchgeführt.

Wurde eine Zuordnung anhand der vorgegebenen Kriterien erreicht, so konnte die Befragung in den Auswertungsprozess mit einbezogen werden. War es den PatientInnen nicht möglich die Kärtchen, trotz eines zweiten Versuches, anhand der vorgegebenen Kriterien zuzuordnen, so wurden die Kärtchen in den Antwortboxen beibehalten und die Befragung wurde abgeschlossen. Diese Befragungen konnten nicht in die Auswertung mit eingeschlossen werden.

Erfüllungsbefragung

Für die Erfüllungsbefragung der PatientInnen wurde die Rekrutierung dieser durch die verantwortliche Expertin in der Praxis übernommen. Wenn eine PatientIn den Einschlusskriterien entsprach, wurde der Selbstauffüller-Fragebogen (inklusive Informationsschreiben und Einverständniserklärung) durch die Pflegeperson am Ende des stationären Aufenthalts, aber frühestens am dritten postoperativen Tag ausgehändigt und die PatientInnen wurden nach Abschluss der Befragung aufgefordert den Fragebogen in die dafür auf der Station aufgestellte Sammelbox einzuwerfen.

Die Sammelboxen auf den einzelnen teilnehmenden Stationen wurden nach Abschluss der Erhebungsphase eingesammelt.

Erfüllbarkeitsbefragung

Der Erfüllbarkeitsfragebogen (inklusive Informationsschreiben und Einverständniserklärung) wurde den Pflegepersonen durch die Stationsleitung bzw. stellvertretende Stationsleitung der jeweiligen Abteilung ausgehändigt mit der Bitte diesen anschließend ausgefüllt bzw. auch (im Falle, dass sie nicht teilnehmen wollten) unausgefüllt in die dafür vorgesehene Sammelbox zu werfen. Die Sammelbox mit den darin enthaltenen Fragebögen wurde nach Beendigung der Erhebungsphase von der Stationsleitung an die Forscherin weitergereicht.

3.5 Datenauswertung

Die Analyse und Auswertung der Daten erfolgte mittels beschreibender (deskriptiver) und schließender (inferenzer) Statistik. Die beschreibende Statistik zielt darauf ab Informationen anhand eines Datensatzes überschaubar darzustellen, so dass sich das „Wichtigste“ schnell erkennen lässt. Die schließende Statistik dient dazu Schlussfolgerungen aus den erhobenen Daten auf die Grundgesamtheit zu vollziehen (Raithel, 2008). Die Berechnungen wurden mittels des Softwareprogramms „Statistical Package for the Social Sciences“ (SPSS) durchgeführt.

Im ersten Schritt wurde eine Datenmatrix im SPSS für die entsprechende Befragung angelegt, in welche die erhobenen Daten eingegeben wurden. Mit Unterstützung einer zweiten Person wurden die eingegebenen Daten kontrolliert, um mögliche fehlerhafte Eingaben zu erkennen und diese gegebenenfalls zu korrigieren.

Um mögliche Zusammenhänge aufzeigen zu können, wurden die folgenden Signifikanztests durchgeführt:

- **Korrelationsanalyse:**

Auf die Korrelationsanalyse kann immer dann zurückgegriffen werden, wenn Daten mit ordinalem oder metrischem Datenniveau zur Verfügung stehen. Der Vorteil an dieser Methode ist, dass nicht nur die Stärke, sondern auch die Richtung von Zusammenhängen ermittelt werden kann.

- **Chi-Quadrat-Test:**

Dieser Test wird mittels Kreuztabellen berechnet, indem die unter Unabhängigkeit von zwei Merkmalen erwarteten Werte mit den tatsächlich gemessenen Werten in Beziehung gesetzt werden.

- **Kruskal-Wallis-Test:**

Hierbei handelt es sich um einen nichtparametrischen Test, der zum Vergleich von mittleren Rängen zwischen mehr als zwei Gruppen herangezogen werden kann.

- **T-Test**

Sollen hingegen nur zwei Gruppen hinsichtlich ihres Mittelwertes miteinander verglichen werden, eignet sich der T-Test am besten.

3.6 Fehlende Antworten

Um die Ergebnisse der vorliegenden Studie qualitativ einordnen zu können, ist es erforderlich zu beschreiben, wie das Antwortverhalten und die Qualität der Antworten der Befragten eingeschätzt werden können. Dies kann in erster Linie dadurch geschehen, dass der Blick darauf gelenkt wird, wie häufig Fragen von den ProbandInnen nicht beantwortet wurden.

Prioritätenbefragung

Bei dieser Befragung kann nicht von „fehlenden Antworten“ im eigentlichen Sinn gesprochen werden, da jedes Kärtchen gemäß der angewendeten Q-Sort Methode einer Kategorie zugewiesen werden musste. Allerdings konnten dementsprechend jene Befragten nicht in die Auswertung aufgenommen werden, denen eine korrekte Zuordnung der Kärtchen in die verschiedenen Kategorien nicht möglich war. Sieben Befragungen konnten aufgrund schlechten körperlichen Wohlbefindens der Patientin/des Patienten nicht durchgeführt werden und wurden auf Wunsch dieser abgebrochen. In Anbetracht der für die PatientInnen herausfordernden Befragungsmethode und der zeitintensiven Durchführung durch die Forscherinnen ist eine Ausfallszahl von lediglich sieben Befragungen als sehr gering einzuschätzen. Hierbei spielt allerdings sicher auch eine Rolle, dass schon vor der Befragung die Auswahl der zu Befragenden mit den Pflegepersonen abgestimmt wurde.

Erfüllungsbefragung

Bei der Erfüllungsbefragung der PatientInnen handelt es sich um einen standardisierten Selbstausfüller-Fragebogen, bei dem es allgemein eine sehr hohe positive Zustimmung der PatientInnen gab. Einige Items des Fragenbogens weisen einen etwas höheren Anteil von etwa 10% an fehlenden Antworten auf. Beispielsweise konnten bei der Auswertung Aussagen wie „Informationen über Unterstützungsangebote“ (10), „Unterstützung beim Festlegen von Zielen“ (9), „Vorbereitung von Fragen für die Ärztin/den Arzt“ (8) ausfindig gemacht werden, bei denen verstärkt keine Antwort angekreuzt wurde. Dies könnte eventuell darauf zurückgeführt werden, dass einige der Befragten die Erfüllungsbefragung als eine Art „Qualitätskontrolle“ bzw. „Überprüfung“ der Pflegepersonen wahrgenommen haben. Eine weitere Vermutung für das Auftreten fehlender Antworten wäre, dass für die Befragten das

Item nicht zutraf. Im Allgemeinen fiel es den Befragten leichter ihre Bedürfnis-Prioritäten anzugeben, als die Erfüllung dieser in einem selbstständigen Prozess mitzuteilen.

Erfüllbarkeitsbefragung

Bei der Erfüllbarkeitsbefragung der MitarbeiterInnen handelt es sich ebenfalls um einen standardisierten Selbstausfüller-Fragebogen, der desgleichen eine sehr hohe positive Zustimmung der Befragten aufweist. Alle Pflegepersonen der beteiligten Stationen wurden aufgefordert aus ihrer Sicht einzuschätzen, wie häufig ihnen die Erfüllung der angeführten Aussagen (Items) möglich ist. Die Erfüllbarkeitsbefragung der MitarbeiterInnen zeigt verglichen mit der Erfüllungsbefragung der PatientInnen prozentuell gesehen weniger fehlende Antworten (einige Fragen mit rund 6% fehlenden Werten). Aussagen wie „Sicher in der Verabreichung therapeutischer Maßnahmen“ (10), „gelassen sein“ (10) und „Wahrnehmen der Bedürfnisse“ (10) wurden vermehrt nicht ausgefüllt bzw. angekreuzt.

3.7 Dimensionierung und Indexberechnung

Die Grundlage für eine Bildung von Dimensionen von caring-Bedürfnissen bildeten die dem verwendeten Befragungsinstrument zugrunde liegenden Faktoren. Schon in dieser Studie vorangegangenen Untersuchungen wurden die 6 Dimensionen der Bedürfnisse durch die Weiterentwicklung des Erhebungsinstrumentes immer wieder bestätigt. Auch bei der Adaption der Fragen für dieses Projekt wurden die getesteten Faktoren beibehalten.

Nach der Datenerhebung sollte überprüft werden, ob sich die sechs Dimensionen auch für die erhobenen Daten aus Österreich bestätigen lassen. Ziel war es nämlich nicht nur für die Auswertung ein gewisses Raster an caring-Bedürfnis-Gruppen zu haben, sondern auch herauszufinden, welche Gruppe von caring-Bedürfnisse am wichtigsten, am besten erfüllt und am besten erfüllbar sei.

Durch das äußerst positive Antwortverhalten sowohl bei der Erfüllungsbefragung als auch bei der Erfüllbarkeitsbefragung ergeben sich bei fast allen 29 Items dieser Befragungen sehr stark rechtsschiefe Verteilungen, was eine Indexbildung durch Korrelations-, Faktor- und Reliabilitätsanalysen unmöglich machte.

Somit musste sich die Indexbildung alleine auf die Befragung nach den Prioritäten der caring-Bedürfnisse stützen. Hierbei ist aber zu beachten, dass genau bei dieser Befragung schiefe Verteilungen verhindert werden konnten, da die PatientInnen durch die spezielle Q-Sort-Methode gezwungen waren, die Wichtigkeiten zu differenzieren. Durch das Design dieser Methode ergeben sich automatisch bei allen Fragen annähernd normalverteilte

Kurven, was die Indexbildung grundsätzlich ermöglicht. Es stellt sich allerdings die Frage, was die Q-Sort Technik inhaltlich gesehen bedeutet. Denn da die PatientInnen gezwungen sind die wichtigsten Items herauszufiltern, ist fraglich, ob sich so sinnvolle Dimensionen herauslesen lassen können.

Als erster Schritt wurde eine Korrelation nach Spearman für alle 29 Items der caring-Bedürfnisse berechnet. Diese zeigt, dass es zwischen den caring-Bedürfnissen kaum aussagekräftige signifikante Zusammenhänge gibt. Nur einige wenige Items hängen leicht miteinander zusammen. Dies deutet darauf hin, dass die Wichtigkeit verschiedener caring-Handlungen bei den PatientInnen nicht voneinander abhängig sind, sondern unabhängig voneinander genannt werden. Das bedeutet, dass wenn für jemanden Frage a wichtig ist, das nicht automatisch heißt, dass auch Frage b wichtig bzw. unwichtig ist. Diese Unabhängigkeit der caring-Fragen kann natürlich damit in Zusammenhang stehen, dass bei der Q-Sort-Technik der Großteil der Fragen als mittelmäßig wichtig eingestuft werden musste und nur sehr wenig Fragen als wichtig bzw. unwichtig.

Die fehlenden korrelativen Beziehungen zwischen den caring-Bedürfnissen machen auch eine in der Folge geplante statistische Indexbildung schwierig. Ein erster Versuch der Bildung von Dimensionen mithilfe der Faktorenanalyse zeigte dementsprechend, dass kaum Bündel von Fragen festzumachen sind, sondern vielmehr die meisten Fragen für sich alleine wichtig oder unwichtig zu sein scheinen.

Versucht man mittels der Faktoranalyse auf die gleiche Anzahl von Faktoren zu kommen, wie sie in der Literatur beschrieben werden, nämlich sechs, so erhält man zwar keine hundertprozentige Übereinstimmung, dennoch nähern sich die empirischen Dimensionen aber den theoretisch beschriebenen an (vgl. Tabelle im Anhang). Daher erschien es sinnvoll für diese Untersuchung die gleichen sechs Dimensionen beizubehalten, die auch schon viele ForscherInnen zuvor bestätigt haben.

Diese 6 Dimensionen, die für die Auswertung aller drei Befragungen verwendet werden sind:

- Accessible („Verfügbarkeit“)
- Explains and facilitates („Information und Förderung“)
- Comforts („Wohlbefinden schaffen“)
- Anticipates („Vorausschauen“)
- Trusting relationship („vertrauensvolle Beziehung“)
- Monitors and follows through („fachliche Sicherheit“)

Da eine Übersetzung aus dem Englischen immer auch eine gewisse Veränderung von Bedeutungen mit sich bringt, wurden die deutschen Übersetzungen der Dimensionen nur in Klammer beigefügt und grundsätzlich mit den englischen Bezeichnungen weitergearbeitet.

Um zu einer besseren Verständlichkeit beizutragen, befindet sich in Kapitel 3.1.3 eine Tabelle, welche die sechs caring-Dimensionen mit den dazugehörigen caring-Items beinhaltet.

In der Folge wurden für die Prioritätenbefragung aus den ermittelten Dimensionen Indizes, also Zusammenfassungen aller Fragen einer Dimension berechnet. Aufgrund der sehr geringen korrelativen Beziehungen zwischen den caring-Bedürfnissen wurde hier kein Summenindex verwendet, sondern ein gezählter Index. Da die Prioritätenbefragung zum Ziel hatte herauszufinden, welche Bedürfnisse als besonders wichtig eingeschätzt werden, und die Anzahl der Items, die als solche definiert werden durften zusätzlich stark eingeschränkt war, wurde gezählt, wie viele Items jeder Dimension von den PatientInnen den Kategorien „sehr wichtig“ oder „wichtig“ zugeordnet wurden. Darauffolgend wurden diese durch die Anzahl der Items dividiert und mit 100 multipliziert. Die vorliegenden Werte können dadurch als Prozentangabe verstanden werden, die angibt, wie viel Prozent der Fragen einer Dimension als wichtig eingestuft wurden. Diese Berechnung macht Sinn, da es bei der Q-Sort-Methode sehr strenge Einschränkung gibt (sehr wichtig = 2; eher wichtig = 6), wie viele Items als „wichtig“ eingestuft werden können. Es handelt sich also um eine sehr bewusste Auswahl.

Für die Erfüllbarkeits- und Erfüllungsbefragung wurden Summenindizes berechnet, indem die Antworten einer Dimension zusammengezählt und durch die Anzahl der Items dividiert wurden. Damit erhalten die Indizes die gleichen Ausprägungen, wie die ursprünglichen Items.

4 AUSWERTUNGSERGEBNISSE

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Untersuchung zusammengefasst. Der erste Teil enthält eine allgemeine Beschreibung der Stichprobe, sowie der sozialen Merkmale der befragten ProbandInnen im Allgemeinen und aufgeteilt nach Setting (postoperativ, behandlungszentriert, palliativ). Im zweiten Teil erfolgt eine Beschreibung der Ergebnisse anhand der Forschungsfragen.

4.1 Prioritätenbefragung

4.1.1 Stichprobenbeschreibung

Insgesamt konnten 183 Befragungen durchgeführt werden, wobei sich davon schlussendlich 146 verwertbare Interviews nach der Q-Sort Methode ergaben. Die folgende Tabelle (vgl. Tabelle 1) zeigt, wie vielen PatientInnen absolut und prozentuell eine Zuordnung der caring-Kärtchen gemäß der Q-Sort Methode möglich bzw. nicht möglich war.

| Methoden-gerechte Zuordnung (Q-Sort) | | |
|---|-------------------|-------------|
| | Häufigkeit | in % |
| „Q-Sort“ | 146 | 79,8 |
| „keine methodengerechte Zuordnung“ | 30 | 16,4 |
| „abgebrochen“ | 7 | 3,8 |
| Gesamt | 183 | 100 |

Tabelle 2: Zuordnung nach Q-Sort

30 PatientInnen (16,4 %) war es nicht möglich, die caring-Kärtchen gemäß der Q-Sort Methode zuzuordnen und bei sieben ProbandInnen musste die Befragung aus verschiedensten Gründen abgebrochen werden. Schlussendlich ergaben sich 146 verwertbare Datensätze (79,8%), welche in die Auswertung mit einbezogen wurden. Die Daten der restlichen 37 PatientInnen (20,2%) mussten aus dem Auswertungsverfahren ausgeschlossen werden.

Die folgende Tabelle (vgl. Tabelle 3) zeigt, wie vielen PatientInnen aus den unterschiedlichen Settings absolut und prozentuell eine Zuordnung nach der Q-Sort Methode möglich war. Diese 146 Befragungen bildeten die Basis für den Auswertungsprozess.

| Prioritätenbefragung | | |
|-----------------------------|-------------------|-------------|
| | Häufigkeit | in % |
| postoperativ | 60 | 41,1 |
| behandlungszentriert | 56 | 38,4 |
| palliativ | 30 | 20,5 |
| Gesamt | 146 | 100 |

Tabelle 3: Zuordnung Q-Sort aufgeteilt nach Setting

Es lässt sich klar erkennen, dass das postoperative und behandlungszentrierte Setting relativ ähnliche Prozentwerte einnehmen und knapp 80 % der Menschen mit einer Krebserkrankung aus einem der beiden Settings befragt wurden. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass die Befragungsmethode für PatientInnen im palliativen Setting, aufgrund der teilweise schlechten körperlichen Verfassung, doch eine Herausforderung darstellte.

4.1.2 Soziale Merkmale allgemein

Um überprüfen zu können, ob die gezogenen Stichproben auch der tatsächlichen PatientInnenpopulation onkologisch erkrankter PatientInnen im Krankenhaus Hietzing entsprechen, wurden verschiedene soziale Merkmale abgefragt. Diese sollen in Folge dargestellt werden, um die Gruppe der Befragten zu charakterisieren (vgl. Tabelle 4).

| | | Anzahl (n=146) | in % |
|--------------------------------------|---------------------|---------------------------|-------------|
| Geschlecht | männlich | 65 | 44,5% |
| | weiblich | 81 | 55,5% |
| Alter in 4 Kategorien | bis 50 Jahre | 25 | 17,1% |
| | 51 - 60 Jahre | 39 | 26,7% |
| | 61-70 Jahre | 53 | 36,3% |
| | 71 Jahre oder älter | 29 | 19,9% |
| Muttersprache in 2 Kategorien | Deutsch | 140 | 95,9% |
| | nicht Deutsch | 6 | 4,1% |
| Religionsbekenntnis | katholisch | 86 | 58,9% |
| | evangelisch | 10 | 6,8% |
| | muslimisch | 0 | ,0% |
| | ohne Bekenntnis | 45 | 30,8% |
| | sonstiges | 5 | 3,4% |
| Schulabschluss | Hauptschule | 40 | 27,4% |
| | BMS | 46 | 31,5% |
| | BHS/Gymnasium | 35 | 24,0% |
| | Hochschulabschluss | 24 | 16,4% |
| | sonstiges | 1 | ,7% |

Tabelle 4: Überblick der soziodemografischen Merkmale (Prioritätenbefragung)

Die Ergebnisse zeigen, dass die Stichprobe ein wenig mehr Frauen (55,5%), als Männer (44,5%) beinhaltet. Der überwiegende Teil der Befragten (63%) ist zwischen 51 und 70 Jahre alt. Diese Altersverteilung entspricht vollkommen den Angaben des Krankenhauses über das Alter der betreuten PatientInnen im Allgemeinen (54% sind zwischen 45 und 75 Jahren).

Außerdem gab der Großteil der Befragten „Deutsch“ als Muttersprache an, was stark damit in Zusammenhang steht, dass nur jene Personen befragt werden konnten, die über gute Deutschkenntnisse verfügten, da sich die Zuordnung der caring-Kärtchen in Anlehnung an die Q-Sort Methode als sehr komplex erwies.

Mehr als die Hälfte der befragten Personen (69%) gaben bei der Frage nach dem Religionsbekenntnis ein christliches Bekenntnis an und 31% gaben ein anderswertiges Glaubensbekenntnis an. Wobei hier die hohe Anzahl der befragten Personen „ohne Bekenntnis“ in Relation zu den anderen Antwortmöglichkeiten relativ hoch ist. Zur besseren Überschaubarkeit wurden die Antwortdimensionen des Fragebogens in zwei Kategorien zusammengefasst („christliches Bekenntnis“ und „ohne Bekenntnis“).

Des Weiteren zeigt sich, dass der überwiegende Teil der Befragten keine Matura abgelegt hat und entweder einen Hauptschul- (27,4%) oder BMS (31,5%) Abschluss aufweisen kann. Diese Verteilung des Bildungsstandes entspricht in etwa der Verteilung in der gesamtösterreichischen Bevölkerung.⁵ Hier muss allerdings angemerkt werden, dass die befragten PatientInnen durchschnittlich deutlich älter sind als die österreichische Durchschnittsbevölkerung. Außerdem gibt es in Österreich einen Zusammenhang zwischen Bildung und Alter, der darauf hinweist, dass je jünger die Befragten sind, desto höher deren Bildung ist. Das heißt, dass die befragten PatientInnen tendenziell etwas höher gebildet sind als Menschen dieses Alters im Allgemeinen, obwohl mehr als die Hälfte keinen Maturaabschluss hat. Dies könnte allerdings auch damit in Zusammenhang stehen, dass in Wien der Bildungsstand der Bevölkerung etwas höher ist als in den anderen Bundesländern. Die untenstehende Tabelle (vgl. Tabelle 5) zeigt, dass mehr als die Hälfte der Befragten bereits eine Therapie im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung hinter sich hat und zum Befragungszeitpunkt bereits bis zu sieben Tage stationär behandelt wurde.

Bei der Befragung mussten die PatientInnen die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus in Tagen angeben. Um dies übersichtlicher zu gestalten, wurden 3 Kategorien gebildet, welche zeigen, dass mehr als die Hälfte der Befragten bis zu 7 Tage stationär behandelt wurden (siehe Tabelle 5).

Auch bei genauerem Hinblick zeigt sich, dass die befragten ProbandInnen aus allen drei Settings meist nicht länger als sieben Tage auf der jeweiligen Station verweilen – somit lässt sich im Allgemeinen eine leichte Tendenz in Richtung einer kürzeren stationären Aufenthaltsdauer von KrebspatientInnen erkennen. Dies spricht charakteristisch für das postoperative und behandlungszentrierte Setting, in welchem es sich mehr oder weniger um die Kurzzeitversorgung der PatientInnen handelt. Für das palliative Setting ist der Trend in Richtung einer kurzen Aufenthaltsdauer der PatientInnen relativ untypisch, dies könnte aber daran liegen, dass nur jene PatientInnen in die Befragung mit eingeschlossen wurden, bei

⁵Vgl. dazu die aktuellsten Daten zum Bildungsstand der österreichischen Bevölkerung nach Altersgruppen der Statistik Austria aus dem Jahr 2008:
www.statistik.at/web_de/statistiken/bildung_und_kultur/bildungsstand_der_bevoelkerung/042872.html

welchen es der gesundheitliche Zustand zu ließ und welche daher erst seit kurzem auf der Station waren.

Der überwiegende Teil der PatientInnen weist ein Karzinom im gynäkologischen Bereich auf, wobei hier berücksichtigt werden muss, dass dies in gewisser Weise von der Verfügbarkeit der PatientInnen auf den jeweiligen Stationen abhängig war und die Ergebnisse in weiterer Folge somit keinen Schluss auf die Gesamtpopulation von KrebspatientInnen des gynäkologischen Bereichs zulassen.

| | | Anzahl | in % |
|---|--------------------|---------------|-------------|
| Erstmalige Therapie? | ja | 69 | 46,9% |
| | nein | 77 | 53,1% |
| Aufenthaltsdauer in 3 Kategorien | bis zu 7 Tage | 79 | 54,1% |
| | 8-14 Tage | 37 | 25,3% |
| | länger als 14 Tage | 30 | 20,5% |
| Art des Karzinoms in Kategorien | HNO | 32 | 22,1% |
| | Gynäkologie | 44 | 30,3% |
| | Urologie | 21 | 14,5% |
| | Leukämie | 13 | 9,0% |
| | sonstiges | 36 | 24,1% |

Tabelle 5: Soziale Merkmale (Krankheit)

Postoperatives Setting

Bei 61,7% der befragten PatientInnen des postoperativen Settings handelt es sich um Frauen. Der überwiegende Teil der ProbandInnen ist zwischen 61 und 70 Jahren (40%) alt – 15% der Befragten ist unter 50 Jahren. Somit lässt sich auch hier eine leichte Tendenz älterer TeilnehmerInnen (61-70 Jahren) feststellen. 96,7% der PatientInnen gaben „Deutsch“ als ihre Muttersprache an. Bei der Hälfte der befragten TeilnehmerInnen (50%) handelt es sich um Personen mit einem katholischen Glaubensbekenntnis, wobei bereits 38,3% „kein Bekenntnis“ angaben. Mehr als die Hälfte der PatientInnen (58,35) hat keine Matura. Für Befragte des postoperativen Settings (83,3%) war es überwiegend die erstmalige Therapie im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung.

Behandlungszentriertes Setting

Die Geschlechterverteilung im behandlungszentrierten Setting ist vollkommen ausgeglichen, 50% der befragten Personen sind Frauen und 50% sind Männer. Ebenso erscheint die Altersverteilung der befragten Personen sehr homogen. 28,6% der PatientInnen sind zwischen 51-60 Jahren alt und ebenso 28,6% PatientInnen sind zwischen 61-70 Jahren alt. Nahezu alle ProbandInnen gaben „Deutsch“ als Muttersprache an. Mehr als die Hälfte der Befragten (64,3%) gaben „katholisch“ als Religionsbekenntnis an, doch auch hier zeigt sich eine zunehmende Anzahl an Personen, welche „kein Bekenntnis“ hat. 55,4% haben keine Matura und 74,5% der ProbandInnen hatten bereits eine vorhergehende Therapie im Zusammenhang mit der Krebserkrankung.

Palliatives Setting

Im palliativen Setting konnten 30 Befragungen durchgeführt werden (n=30). Diese kleine Stichprobengröße muss im Zusammenhang mit Aussagen und Interpretationen immer berücksichtigt werden.

Auch im palliativen Setting zeigte sich, dass mehr Frauen (53,3%) an der Q-Sort Befragung teilgenommen haben. Nahezu die Hälfte (43,3%) der PatientInnen ist zwischen 61-70 Jahren alt – auch hier zeigte sich, dass an der Befragung tendenziell eher ältere ProbandInnen teilgenommen haben. Auch hier gaben nahezu alle PatientInnen „Deutsch“ als Muttersprache an. 66,7% gaben „katholisch“ als Religionsbekenntnis an und 26,7% sind „ohne Bekenntnis“. 69% der interviewten Personen haben keine Matura und 86,7% wurden bereits im Zusammenhang mit ihrer Krebserkrankung therapiert.

Zusammenfassung: soziodemografische Variablen nach Setting

In dieser Stichprobe weisen PatientInnen des postoperativen und behandlungszentrierten Settings ein etwas höheres Bildungsniveau auf, als PatientInnen des palliativen Settings. Dies könnte auf den Aspekt des Alters zurückgeführt werden, da die PatientInnen des palliativen Settings verglichen mit den anderen beiden Settings etwas älter sind. Jedoch muss auch hier die relativ geringe Stichprobengröße des palliativen Settings (n=30) berücksichtigt werden. Im postoperativen Setting war die Anzahl der befragten Personen „ohne Bekenntnis“ verglichen mit den anderen beiden Settings etwas höher. Auch die Aufenthaltsdauer der PatientInnen im Krankenhaus tendiert in allen Settings eher zu einer verkürzten stationären Behandlung.

4.1.3 Wichtigste caring-Bedürfnisse

Die nachstehenden Balkendiagramme zeigen sowohl die fünf „wichtigsten“, als auch die fünf „unwichtigsten“ caring-Bedürfnisse der PatientInnen (in %) während ihres Krankenhausaufenthaltes.⁶

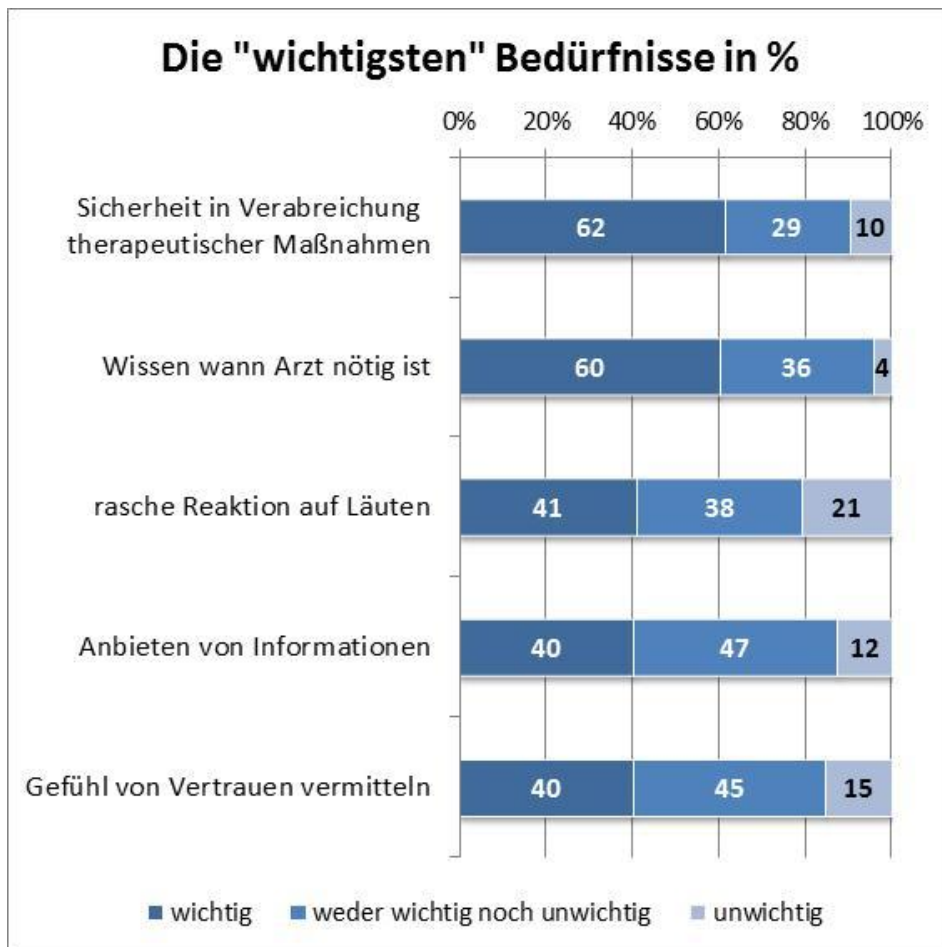


Abbildung 5: Die „wichtigsten“ caring-Bedürfnisse

⁶Zur besseren Übersichtlichkeit wurden die fünf ursprünglichen Wichtigkeitsabstufungen hier in drei Kategorien zusammengefasst. („sehr wichtig“ und „eher wichtig“ wurden zu „wichtig“ zusammengefasst; „eher unwichtig“ und „unwichtig“ wurden zur neuen Kategorie „unwichtig“; die Mittelkategorie „weder wichtig noch unwichtig“ wurde als separate Antwortmöglichkeit belassen.)

4.1.4 Unwichtigste caring-Bedürfnisse

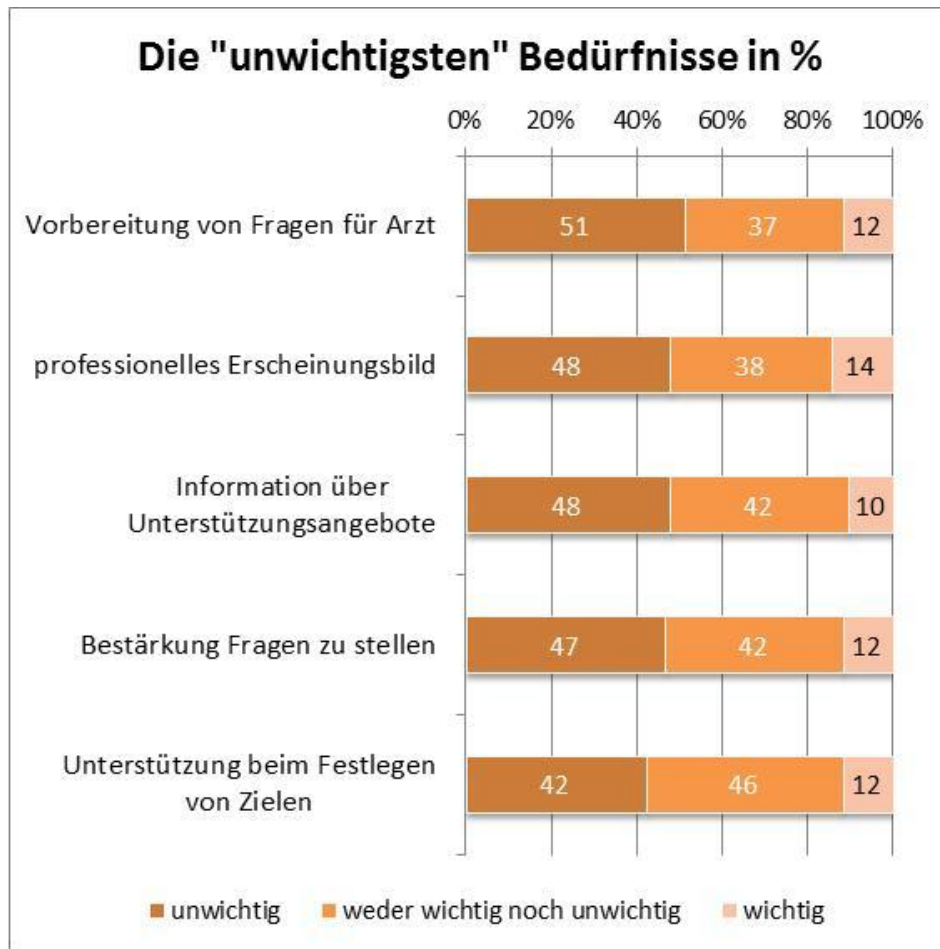


Abbildung 6: Die „unwichtigsten“ caring-Bedürfnisse

Betrachtet man zunächst die wichtigsten Bedürfnisse der PatientInnen, so zeigt sich, dass diese in Anbetracht der Dimensionen klar im Bereich Sicherheit, Vertrauen und Fachlichkeit liegen. Eine sichere Verabreichung von therapeutischen Maßnahmen wird von den PatientInnen mit 62% als „am wichtigsten“ eingestuft. Das „Wissen wann ein Arzt nötig ist“ ist in Relation mit 60% das „zweitwichtigste“ caring-Bedürfnis. „Die rasche Reaktion des Pflegepersonals auf das Läuten“ wird von den PatientInnen mit 41% ebenfalls als „sehr wichtig“ empfunden – ähnlich wie „das Anbieten von Information“ und die „Vermittlung von Vertrauen gegenüber den PatientInnen und der Familie“.

Bei der Analyse der „unwichtigsten“ caring-Bedürfnisse zeigt sich, dass die „Vorbereitung von Fragen für den Arzt/die Ärztin“ mit 51% als unwichtigstes caring-Bedürfnis gesehen wird. Auch das professionelle Erscheinungsbild der Pflegepersonen und die Information über Unterstützungsangebote wurden von den Befragten mit 48% als unwichtig eingestuft. Rückblickend gaben die PatientInnen bei der Erhebung an, dass es Ihnen nicht wichtig sei, darin bestärkt zu werden Fragen zu stellen, da sie dies ohnehin selbstständig und ohne

Bekräftigung einer zweiten Person machen würden. Die Unterstützung beim Festlegen von Zielen ist jenes Bedürfnis, welches schon eher an die Antwortkategorie „weder wichtig noch unwichtig“ grenzt und somit mit 42% als schwächstes bzw. „unwichtigstes“ caring-Bedürfnis eingeordnet wurde.

4.1.5 Wichtigste caring-Bedürfnisse nach Setting

Die untenstehenden Grafiken (Abbildung 7, Abbildung 8, Abbildung 9) zeigen die fünf wichtigsten caring-Bedürfnisse von PatientInnen aufgeteilt nach den drei Settings (postoperativ, behandlungszentriert, palliativ). Die angeführten Werte verstehen sich als Prozentwerte der Antwortkategorien „sehr wichtig“ und „eher wichtig“.

Im Allgemeinen lassen sich nahezu keine Unterschiede der caring-Prioritäten nach Setting finden – einzig im behandlungszentrierten Setting gibt es einen signifikanten Unterschied.

Postoperatives Setting

Die Grafik zeigt die fünf wichtigsten caring-Bedürfnisse von PatientInnen des postoperativen Settings. Diese lassen sich klar in den Dimensionen „fachliche Sicherheit“ (Wissen wann Arzt nötig ist, Sicherheit in Verabreichung therapeutischer Maßnahmen), „Verfügbarkeit“ (zeitgerechte Behandlung), „Vorausschauen“ (Wissen über belastende Situationen und zeitgerechte Reaktion) und „Information und Förderung“ (Anbieten von Informationen) finden. Die caring-Dimension „fachliche Sicherheit“ mit den Items „Wissen wann Arzt notwendig ist“ (68%) und die „Sicherheit in der Verabreichung therapeutischer Maßnahmen“ (55%) hebt sich deutlich von den anderen Dimensionen ab. Dies zeigt, dass PatientInnen in diesem Setting eine physische Versorgung und die Sicherheit, sich auf die Pflegeperson in fachlichen Belangen verlassen zu können, am wichtigsten sind. Bezugnehmend auf die anderen Settings (behandlungszentriert und palliativ) lassen sich jedoch keine signifikanten Unterschiede feststellen.

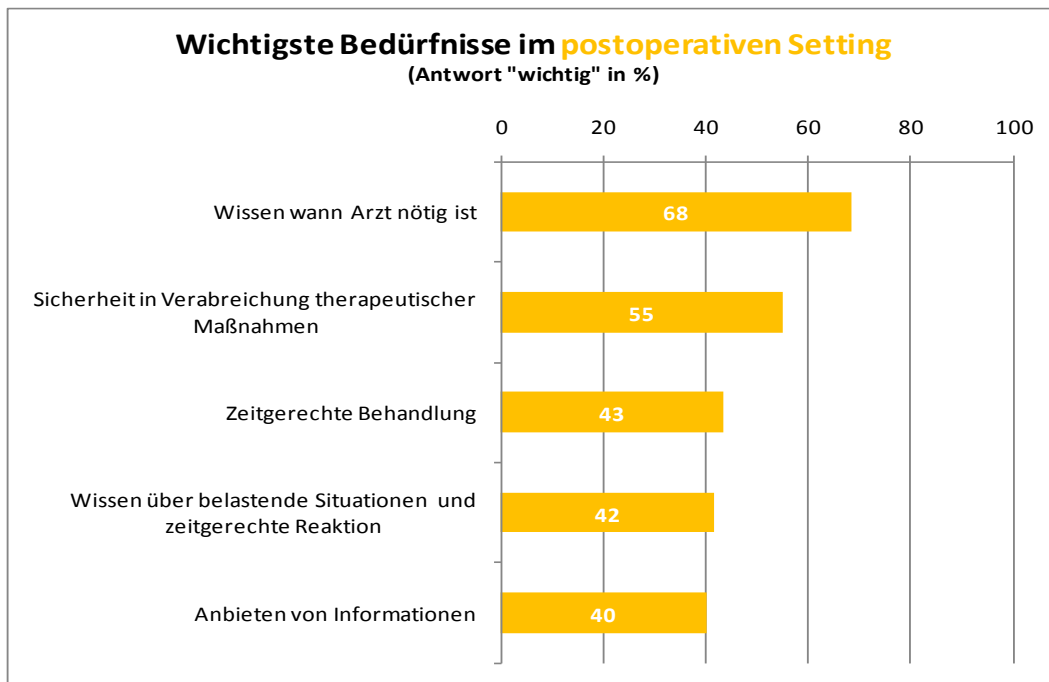


Abbildung 7: Wichtigste caring-Bedürfnisse nach Setting (postoperativ)

Behandlungszentriertes Setting

Die fünf wichtigsten caring-Bedürfnisse für PatientInnen des behandlungszentrierten Settings lassen sich in den Dimensionen „fachliche Sicherheit“ (Sicherheit in Verabreichung therapeutischer Maßnahmen, Wissen wann Arzt nötig ist), „vertrauensvolle Beziehung“ (Gefühl von Vertrauen vermitteln), „Verfügbarkeit“ (rasche Reaktion auf Läuten) und „Information und Förderung“ (Anbieten von Information) finden. Die Sicherheit der Pflegeperson in der Verabreichung therapeutischer Maßnahmen ist dieser PatientInnengruppe am wichtigsten (73%) und grenzt sich von den anderen caring-Bedürfnissen prozentuell gesehen erkennbar ab. Als zweitwichtigstes caring-Bedürfnis mit 59%iger Zustimmung ergibt sich, dass es PatientInnen wichtig ist, dass Ihnen während ihres Aufenthaltes ein Gefühl von Vertrauen vermittelt wird. Dieses Bedürfnis ist PatientInnen des behandlungszentrierten Settings signifikant wichtiger, als PatientInnen des postoperativen und palliativen Settings (Chi-Quadrat Test).

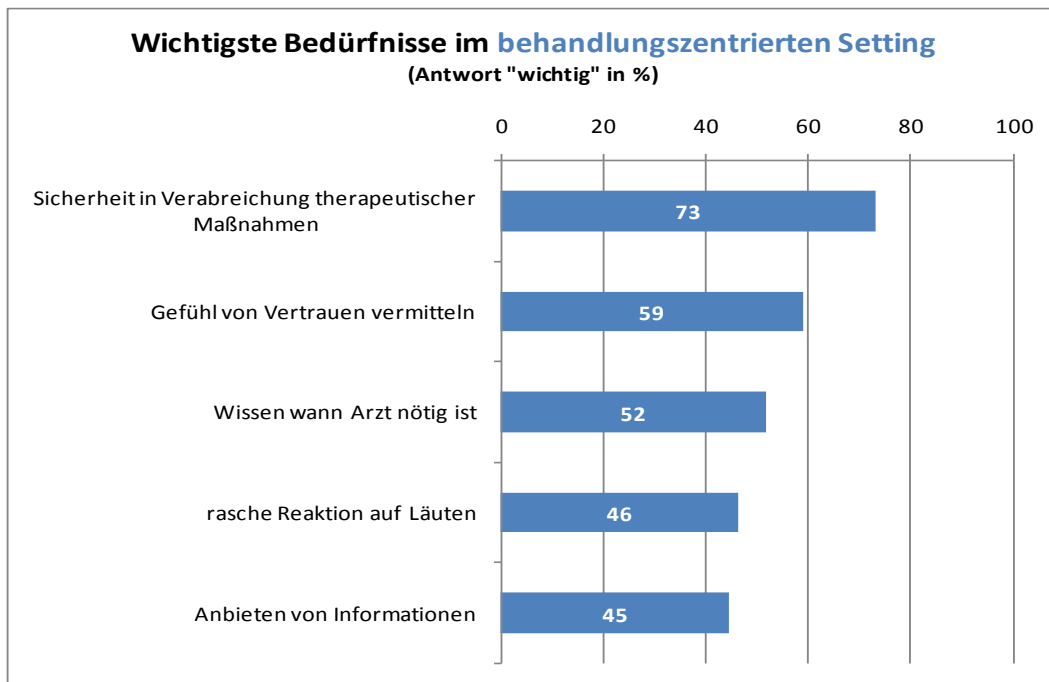


Abbildung 8:Wichtigste caring-Bedürfnisse nach Setting (behandlungszentriert)

Palliatives Setting

Auch hier zeigen sich die fünf wichtigsten caring-Bedürfnisse von PatientInnen des palliativen Settings. Ähnlich wie PatientInnen des postoperativen Settings sind PatientInnen des palliativen Settings die caring-Dimensionen „fachliche Sicherheit“ (Wissen wann Arzt nötig ist, Sicherheit in Verabreichung therapeutischer Maßnahmen), „Verfügbarkeit“ (Zeitgerechte Behandlung, rasche Reaktion auf Läuten) und „Vorausschauen“ (Wissen über belastende Situationen und zeitgerechte Reaktion) am wichtigsten. Das Item „Wissen wann der Arzt nötig ist“ ist für PatientInnen des palliativen Settings mit 60%iger Zustimmung prioritär. Die „Sicherheit in der Verabreichung therapeutischer Maßnahmen“ (53%) stellt für jene PatientInnengruppe das zweitwichtigste caring-Bedürfnis dar. Dies lässt ebenso den Schluss zu, dass PatientInnen dieses Settings mehr Wert auf das fachliche Wissen der Pflegepersonen legen.

Verglichen mit den anderen beiden Settings lassen sich auch an dieser Stelle keine signifikanten Unterschiede feststellen.

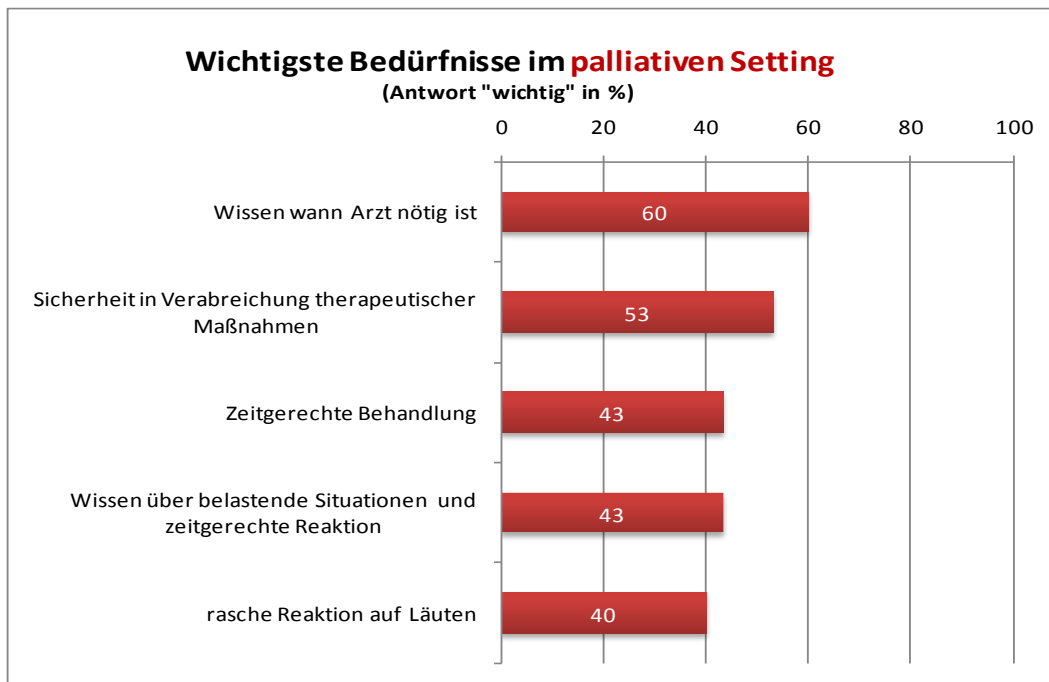


Abbildung 9: Wichtigste caring-Bedürfnisse nach Setting (palliativ)

4.1.6 Prioritäten nach Dimensionen

Nachdem die fünf wichtigsten und unwichtigsten caring-Bedürfnisse beschrieben wurden, soll nun der Blick darauf gelenkt werden, welche übergeordneten caring-Dimensionen von den PatientInnen am wichtigsten eingestuft wurden. Das Diagramm zeigt die Rangreihung der sechs caring-Dimensionen, in welchen die 29 caring-Bedürfnisse enthalten sind.

Ein Wert von 0 bedeutet, dass diese Dimension für die PatientInnen keinerlei Wichtigkeit hat, während ein Wert von 100 die höchst mögliche Wichtigkeit ausdrückt. Dies bedeutet weiters, wie viel Prozent der Items einer Dimension seitens der PatientInnen als „sehr wichtig“ bzw. „wichtig“ eingestuft wurden. Das Diagramm zeigt, dass alle sechs Dimensionen zwischen 20 und 40 Prozent liegen. Die Q-Sort Methode bedingt, dass die Werte der Indizes hier nicht höher ausfallen. Da man nur eine bestimmte Anzahl von Items in den wichtigen Bereich zuordnen konnte, mussten sich die PatientInnen bewusst überlegen, welche diese sein werden.

Dimensionen von Caring-Bedürfnissen

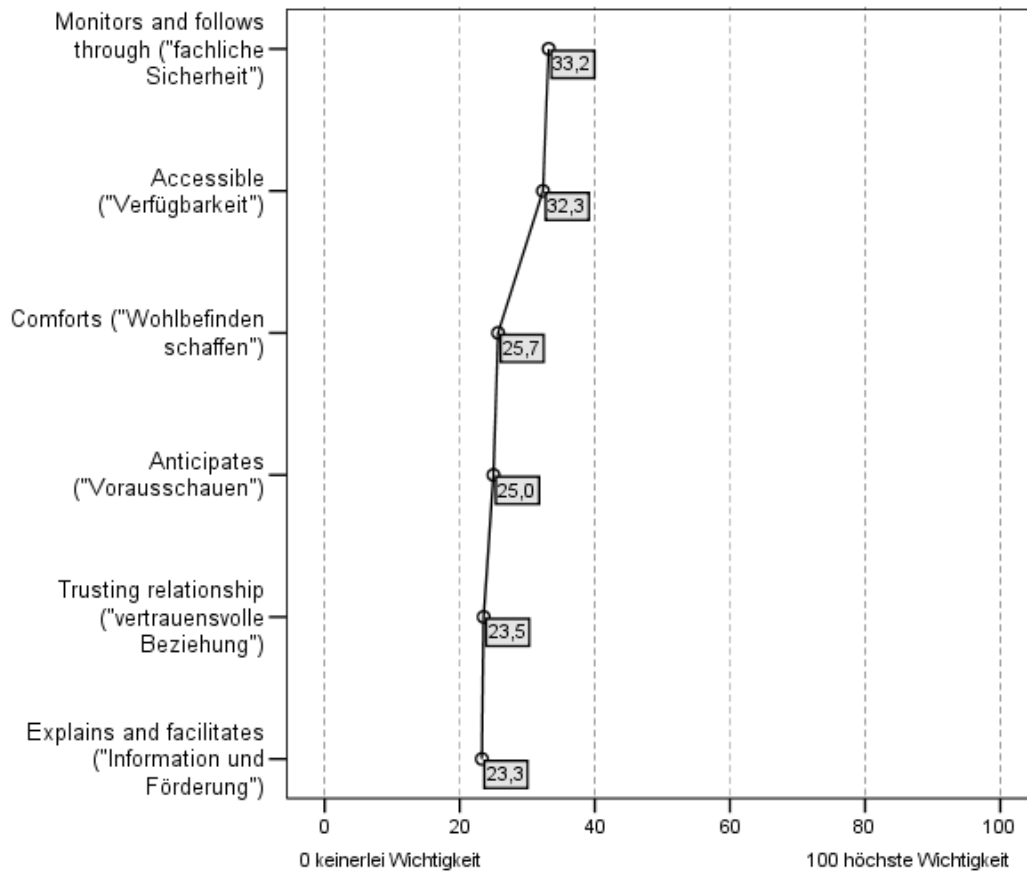


Abbildung 10: Prioritäten der caring-Bedürfnisse nach Dimension

Die Ergebnisse der Indexberechnung zeigen, dass keine Dimension seitens der PatientInnen als so wichtig eingeschätzt wurde, dass alle Items unter „wichtig“ eingeordnet wurden. Somit liegen alle caring-Dimensionen in einem ähnlichen Bereich. Den PatientInnen scheint also eine gewisse Mischung aus allen Dimensionen wichtig zu sein. Dies lässt sich daran erkennen, dass Items aus allen Dimensionen in den Bereich „wichtig“ eingeordnet wurden.

Betrachtet man die Reihenfolge der Wichtigkeit der Indizes, so sieht man, dass auch hier der Faktor „fachliche Sicherheit“ an erster Stelle und knapp dahinter der Faktor „Verfügbarkeit“ liegt. Diese beiden Dimensionen sind also für die befragten PatientInnen deutlich am wichtigsten. Die anderen vier caring-Dimensionen folgen mit einem klaren Abstand zu den ersten beiden Dimensionen und unterscheiden sich untereinander nur durch minimale Prozentwerte.

In weiterer Folge sollen die einzelnen Dimensionen näher betrachtet werden, um auch einen Überblick über das Antwortverhalten innerhalb einer Dimension zu erlangen.⁷

In Bezug auf die von den PatientInnen am wichtigsten eingeschätzte caring-Dimension „fachliche Sicherheit“ (Monitors and follows through) ist zu sagen, dass dabei in erster Linie das „Wissen wann Arzt/Ärztin nötig ist“ und die „Sicherheit in der Verabreichung therapeutischer Maßnahmen“ genannt werden. Alle anderen Items sind deutlich unwichtiger. Es geht in dieser Dimension also scheinbar um jene Aspekte, die vorrangig das körperliche Wohlbefinden und somit die physische Versorgung der PatientInnen betreffen (vgl. Abbildung 11).

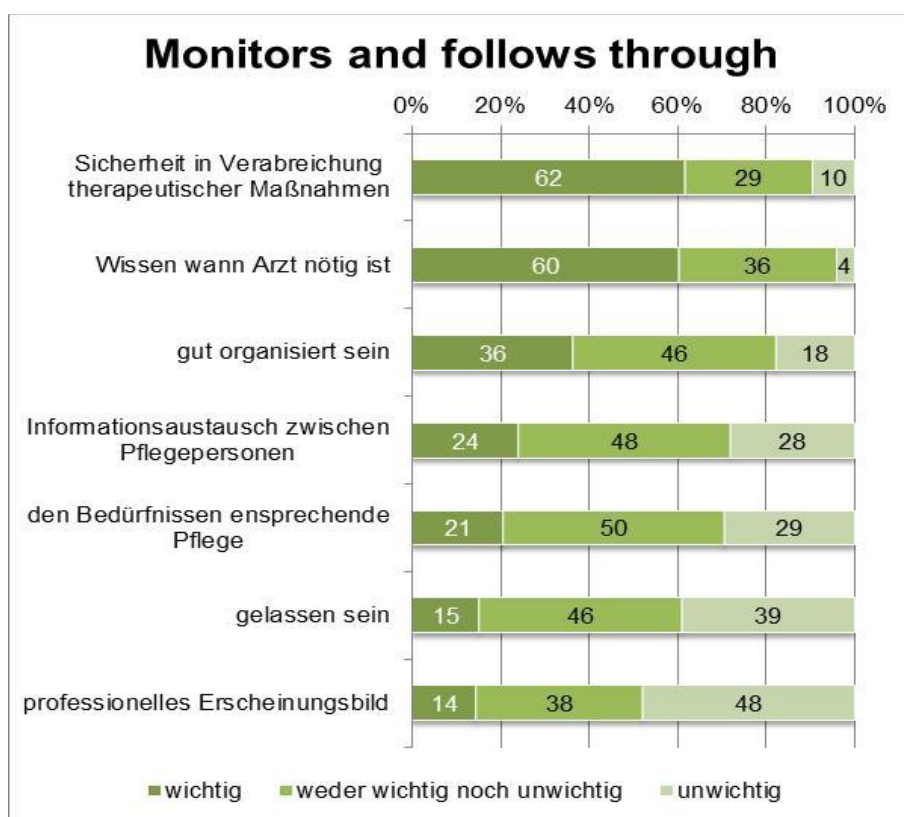


Abbildung 11: Wichtigkeit der Dimension „Monitors and follows through“

Betrachtet man den Faktor „Verfügbarkeit“ (Accessible), so zeigt sich, dass zwar alle Items eine ähnliche Wichtigkeit aufweisen, dennoch aber die „rasche Reaktion auf das Läuten“ und die „zeitgerechte Behandlung“ für die PatientInnen am wichtigsten sind. Daran ist ersichtlich, dass der Faktor „Zeit“ für die PatientInnen sehr wichtig ist und sie ein gewisses Bedürfnis haben, nicht lange auf gewisse Vorgänge warten zu müssen, wenn Hilfe bzw. Unterstützung benötigt wird (vgl. Abbildung 12).

⁷ Auch hier wurden die Antwortkategorien wieder auf die drei Kategorien „wichtig“, „weder wichtig noch unwichtig“ und „unwichtig“ zusammengefasst.

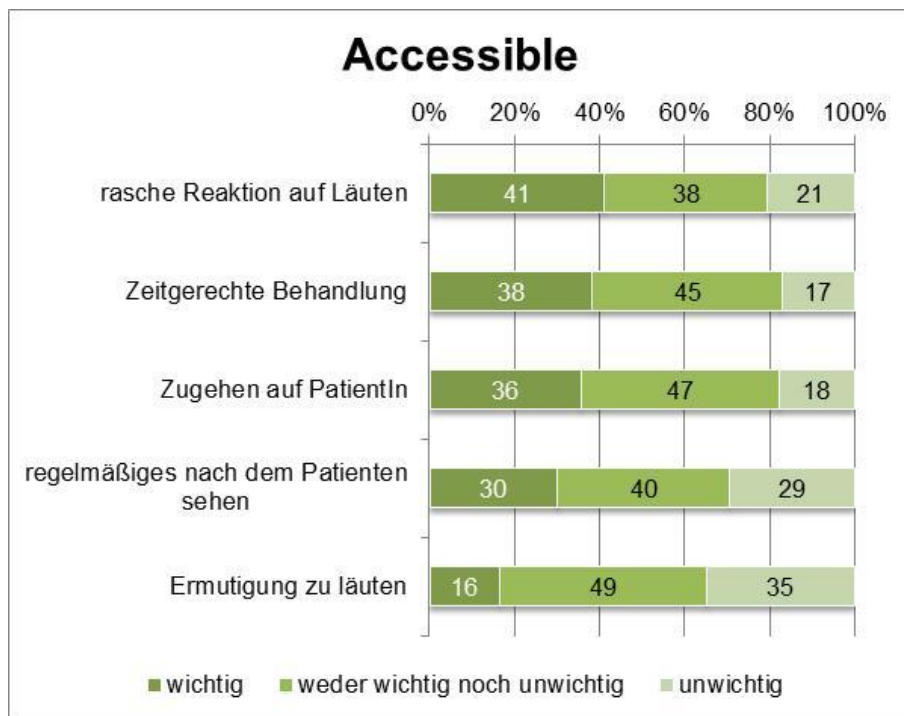


Abbildung 12: Wichtigkeit der Dimension „Accessible“

Die caring-Dimension „Comforts“ („Wohlbefinden schaffen“) umfasst zwar nur zwei Items, trotzdem sind hier interessante Details zu erkennen. Den PatientInnen scheint es deutlich wichtiger zu sein, vom Pflegepersonal „unterstützt zu werden Positives zu sehen“. Das Schaffen von angenehmen räumlichen Bedingungen hingegen kommt hier erst an zweiter Stelle. Trotzdem zuvor beschrieben wurde, dass die rasche Versorgung den PatientInnen wichtiger ist als die emotionale Unterstützung, zeigt sich hier, dass dazu nicht unbedingt auch die angenehmen räumlichen Bedingungen zu zählen sind. Gegenteilig steht hier im Vordergrund, dass die Pflegepersonen die PatientInnen emotional unterstützen sollen (vgl. Abbildung 13: Wichtigkeit der Dimension „Comforts“).

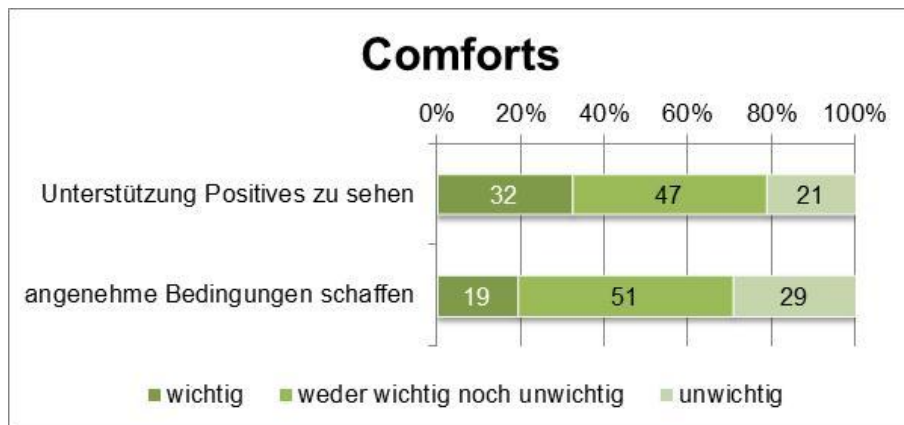


Abbildung 13: Wichtigkeit der Dimension „Comforts“

Wenn es darum geht, dass die Pflegepersonen in ihrem Umgang mit den PatientInnen „vorausschauen“ sollen („Anticipates“), dann nimmt der Zeitfaktor für die PatientInnen wieder eine gewisse Wichtigkeit ein. Es ist PatientInnen wichtig, dass die Pflegepersonen wissen, wann diese belastenden Situationen ausgesetzt sind und sie auf die Behandlung bezogen zeitgerecht darauf reagieren. Hingegen wurde das Item „Wahrnehmen der Bedürfnisse“ als nicht besonders wichtig eingestuft (vgl. Abbildung 14).

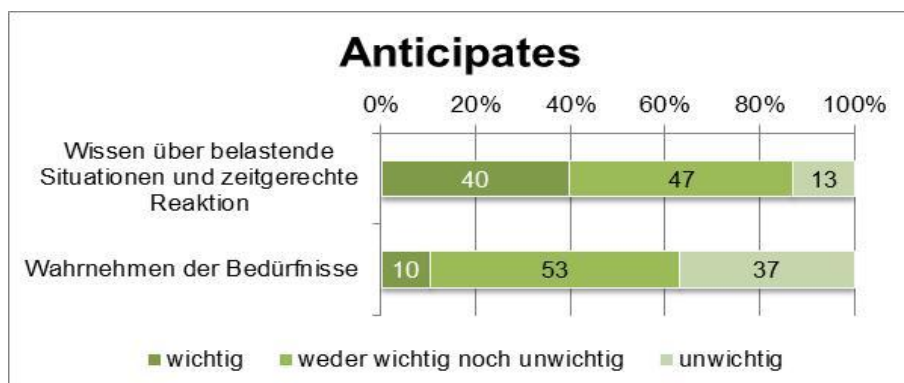


Abbildung 14: Wichtigkeit der Dimension „Anticipates“

Im Faktor „vertrauensvolle Beziehung“ („Trusting relationship“) sticht vor allem das „Gefühl von Vertrauen vermitteln“, der „gleichbleibende herzliche und respektvolle Umgang“ und die „höchste Priorität des Patienten“ als besonders wichtig heraus. Dies zeigt, dass den PatientInnen die Beziehung zur Pflegeperson, ebenso wie ein wertschätzender Umgang mit ihnen sehr wichtig ist. Das unwichtigste caring-Bedürfnis in dieser Dimension, die „Bestärkung Fragen zu stellen“ wurde bereits bei der Befragung von den PatientInnen dahingehend kommentiert, dass sie ohnehin Fragen stellen würden, wenn sie Information wünschen und daher keine Bestärkung notwendig sei (vgl.

Abbildung 15).

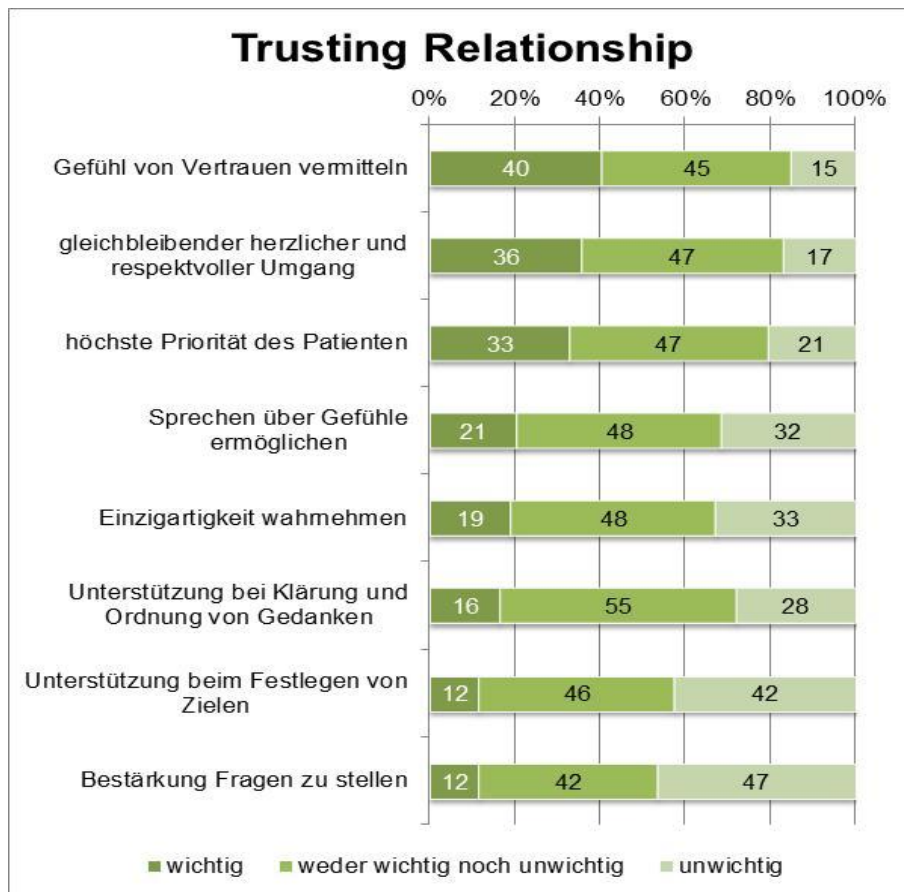


Abbildung 15: Wichtigkeit der Dimension „Trusting Relationship“

Der Faktor „Information und Förderung“ („Explains and facilitates“), der insgesamt als unwichtigster Faktor gesehen wurde, wird stark von den Items „Anbieten von Information“ und der „Erklärung pflegerischer Aspekte“ geprägt, während etwa die „Vorbereitung von Fragen für Arzt/Ärztin“ oder „Informationen über Unterstützungsangebote“ als nicht besonders wichtig bewertet werden. PatientInnen wollen somit nicht uninformatiert bleiben und über Aspekte, die im Zusammenhang mit ihrer Pflege stehen, informiert werden (vgl. Abbildung 16).

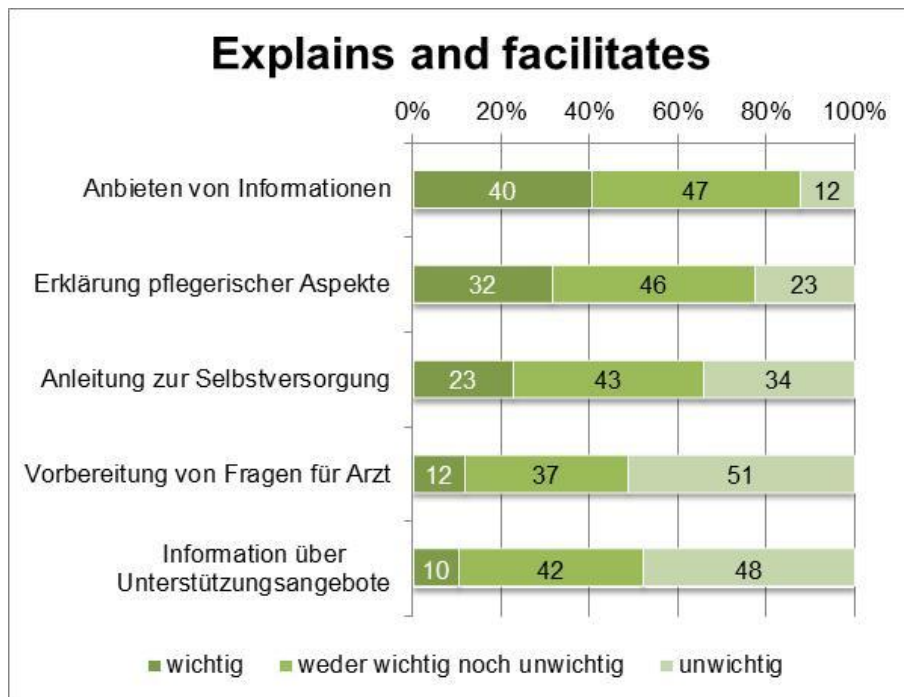


Abbildung 16: Wichtigkeit der Dimension „Explains and facilitates“

4.1.7 Unterschiede nach Setting

Um etwaige Unterschiede in der Wichtigkeit der caring-Bedürfnisse nach Setting, also nach dem Krebsstadium, feststellen zu können, wurde zunächst eine grafische Analyse mittels Polaritätsprofilen durchgeführt, in denen die Mittelwerte der einzelnen Items aufgeteilt nach Setting dargestellt wurden. In einem zweiten Schritt wurden Chi-Quadrat-Tests berechnet, die signifikante Unterschiede in der Einschätzung der Wichtigkeit, je nach Krankheitsstadium, zeigen sollen.

Betrachtet man zunächst die unten stehenden Polaritätsprofile, so erkennt man, dass die einzelnen Linien, die jeweils die Einschätzung der PatientInnen eines Settings repräsentieren, in allen Dimensionen sehr nahe beisammen liegen. Es sind zwar bei verschiedenen Items leichte Unterschiede in den Mittelwerten feststellbar, ob diese aber als bedeutend gesehen werden können, muss durch einen Signifikanztest überprüft werden.

Zur Testung von signifikanten Unterschieden zwischen der Wichtigkeit von caring-Bedürfnissen in den verschiedenen Settings wurde der Chi-Quadrat-Test herangezogen. Dieser zeigte jedoch ebenso, wie auch schon die grafische Analyse, dass kaum signifikante Unterschiede zwischen den Settings festgestellt werden konnten (vgl. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** im Anhang).

Die angeführten Polaritätsprofile zeigen sehr schön, dass es kaum Unterschiede in den Prioritäten von caring-Bedürfnissen nach Setting gibt.

Der einzige signifikante Unterschied bei den Prioritäten zwischen den Settings lässt sich in der caring-Dimension „vertrauensvolle Beziehung“ finden (im Polaritätsprofil „vertrauensvolle Beziehung“ rot markiert). Das „Gefühl von Vertrauen vermitteln“ ist PatientInnen im behandlungszentrierten Setting signifikant wichtiger als jenen befragten Personen des postoperativen und palliativen Settings.

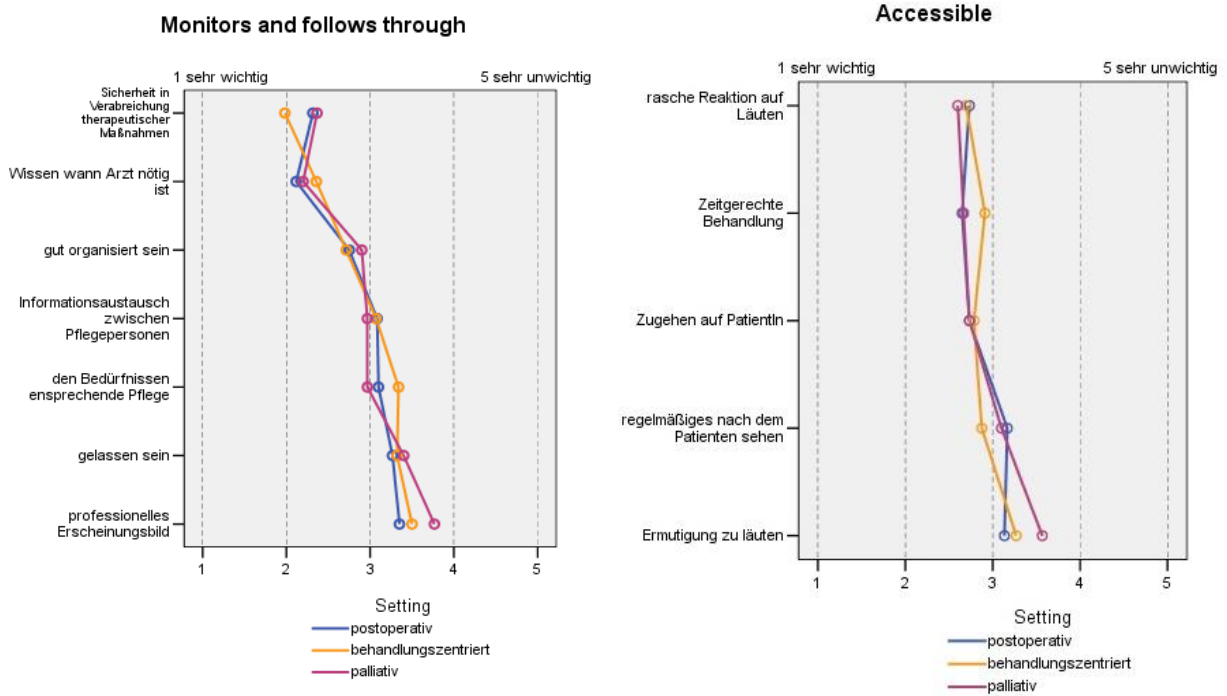


Abbildung 17: Wichtigkeit der Dimension „Monitors and follows through“ nach Setting
Abbildung 18: Wichtigkeit der Dimension „Accessible“ nach Setting

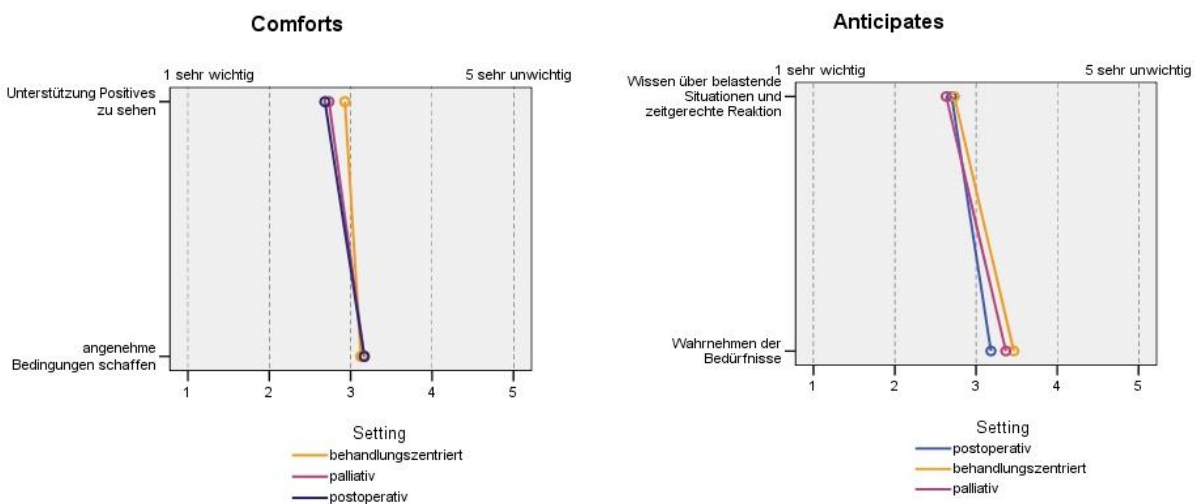


Abbildung 19: Wichtigkeit der Dimension „Comforts“ nach Setting
Abbildung 20: Wichtigkeit der Dimension „Anticipates“ nach Setting

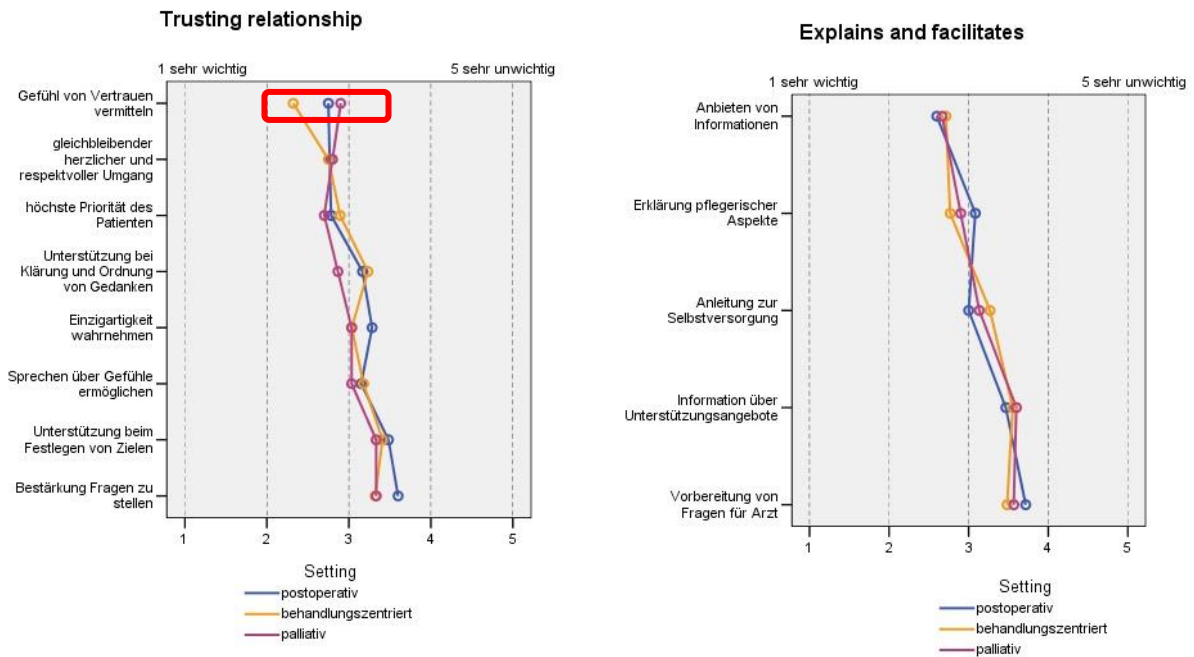


Abbildung 21: Wichtigkeit der Dimension „Trusting relationship“ nach Setting
 Abbildung 22: Wichtigkeit der Dimension „Explains and facilitates“ nach Setting

Beide Analyseschritte zeigen also, dass in den unterschiedlichen Settings (postoperativ, behandlungszentriert und palliativ) ähnliche Items seitens der befragten PatientInnen als wichtig bzw. unwichtig erachtet werden. Unabhängig vom Krebsstadium und Setting scheinen die PatientInnen also eine ähnliche Einschätzung zu haben, was für sie in Bezug auf caring prioritär ist.

4.1.8 Signifikante Unterschiede nach sozialen Merkmalen

Auch bei den sozialen Merkmalen der Prioritätenbefragung konnten insgesamt kaum Unterschiede festgestellt werden. Trotzdem ließen sich einige wenige signifikante Unterschiede der caring-Bedürfnisse nach sozialen Merkmalen erkennen.

Die Zusammenhänge der 29 caring-Items mit dem sozialen Merkmal „Alter“, welche durch die Spearman-Korrelation berechnet wurden, ließen folgendes erkennen:

- ⇒ Je älter die PatientInnen sind, desto wichtiger ist es ihnen, dass ihre Bedürfnisse von den Pflegepersonen, wahrgenommen werden.
- ⇒ Je jünger die PatientInnen sind, desto wichtiger ist es ihnen, dass die Pflegeperson gut organisiert ist.

Bei der Berechnung des Zusammenhangs der 29 caring-Items mit dem sozialen Merkmal „Geschlecht“ durch den Chi-Quadrat-Test konnte folgendes festgestellt werden:

- ⇒ Frauen ist es „wichtiger“ als Männern unterstützt zu werden „trotz der schwierigen Situation positives zu sehen“.

- ⇒ Frauen ist es wichtiger „über verfügbare Unterstützungsmöglichkeiten informiert zu werden“.

Auch die Zusammenhänge der 29 caring-Items mit dem sozialen Merkmal „Bildung“ wurden mithilfe des Chi-Quadrat-Tests ermittelt und zeigen:

- ⇒ PatientInnen „mit Matura“ ist es unwichtiger „über ihre Gefühle zu sprechen“.
- ⇒ PatientInnen „mit Matura“ ist es wichtiger, dass mit Ihnen „herzlich und respektvoll umgegangen wird“, dass die Pflegepersonen ein „professionelles Erscheinungsbild“ haben und dass sie „gelassen sind“.

Die Berechnung der Zusammenhänge zwischen den 29 caring-Bedürfnissen und der „Aufenthaltsdauer“ der PatientInnen wurde durch die Korrelation ermittelt und präsentiert:

- ⇒ Je kürzer die PatientInnen im Krankenhaus verweilen, desto wichtiger ist es ihnen, dass „regelmäßig nach Ihnen gesehen wird“.
- ⇒ Je länger die PatientInnen im Krankenhaus sind, desto wichtiger ist es Ihnen, dass sie „beim Festlegen ihrer individuellen Ziele Unterstützung erhalten“.

4.2 Erfüllungsbefragung

4.2.1 Stichprobenbeschreibung

Insgesamt wurden 240 Selbstausfüller-Fragebögen an die teilnehmenden Stationen ausgegeben, ob sie somit auch an die PatientInnen weitergereicht wurden, ist nicht bekannt. Die Rücklaufquote der Erfüllungsbefragung der PatientInnen betrug insgesamt 81.

Die folgende Tabelle (vgl. Tabelle 6) zeigt, wie viele PatientInnen aus den unterschiedlichen Settings absolut und prozentuell an der Erfüllungsbefragung teilgenommen haben. Es lässt sich erkennen, dass die ProbandInnenanzahl aus dem postoperativen (40,7%) und behandlungszentrierten Setting (39,5%) relativ ausgeglichen ist - aus dem palliativen Setting nahmen 16 Personen (19,8%) an der Erhebung teil.

| Erfüllungsbefragung | | |
|-----------------------------|-------------------|-------------|
| | Häufigkeit | in % |
| postoperativ | 33 | 40,7 |
| behandlungszentriert | 32 | 39,5 |
| palliativ | 16 | 19,8 |
| Gesamt | 81 | 100 |

Tabelle 6: Erfüllungsbefragung aufgeteilt nach Setting

4.2.2 Soziale Merkmale allgemein

Um auch hier überprüfen zu können, ob die gezogenen Stichproben auch der tatsächlichen PatientInnenpopulation onkologisch erkrankter PatientInnen im Krankenhaus Hietzing entsprechen, wurden verschiedene soziale Merkmale abgefragt. Diese sollen in Folge dargestellt werden, um die Gruppe der Befragten zu charakterisieren.

| | | Anzahl (n=81) | % |
|--------------------------------------|---------------------|------------------|-------|
| Geschlecht | männlich | 37 | 45,7% |
| | weiblich | 44 | 54,3% |
| Alter in 4 Kategorien | bis 50 Jahre | 22 | 27,2% |
| | 51 - 60 Jahre | 17 | 21,0% |
| | 61-70 Jahre | 30 | 37,0% |
| | 71 Jahre oder älter | 12 | 14,8% |
| Muttersprache in 2 Kategorien | Deutsch | 73 | 92,4% |
| | nicht Deutsch | 6 | 7,6% |
| Religionsbekenntnis | katholisch | 50 | 61,7% |
| | evangelisch | 2 | 2,5% |
| | muslimisch | 1 | 1,2% |
| | ohne Bekenntnis | 26 | 32,1% |
| | sonstiges | 2 | 2,5% |
| Schulabschluss | Hauptschule | 39 | 48,8% |
| | BMS | 12 | 15,0% |
| | BHS/Gymnasium | 11 | 13,8% |
| | Hochschulabschluss | 16 | 20,0% |
| | sonstiges | 2 | 2,5% |

Tabelle 7: Überblick der soziodemografischen Merkmale (Erfüllungsbefragung)

Die Ergebnisse zeigen, dass die Stichprobe im Allgemeinen geschlechtsspezifisch relativ ausgeglichen ist, wobei sich ein wenig mehr Frauen (54,3%) an der Befragung beteiligten. Auch bei der Frage nach dem Alter zeigen die Ergebnisse, dass diese ab einem Alter von 50 Jahren relativ gleichmäßig verteilt sind– zirka die Hälfte der ProbandInnen ist 61 Jahre oder älter. Nahezu alle befragten Personen (92,4%) gaben „Deutsch“ als ihre Muttersprache an und mehr als die Hälfte (61,7%) wählte bei der Frage nach dem Religionsbekenntnis „katholisch“ aus. Die Mehrheit der untersuchten PatientInnen hat keine Matura (63,8%) oder gab einen Hochschulabschluss (20%) an.

| | | Anzahl | % |
|---|--------------------|--------|-------|
| Erstmalige Therapie? | ja | 44 | 55,0% |
| | nein | 36 | 45,0% |
| Aufenthaltsdauer in 3 Kategorien | bis zu 7 Tage | 36 | 44,4% |
| | 8-14 Tage | 25 | 30,9% |
| | länger als 14 Tage | 20 | 24,7% |

Tabelle 8: Übersicht Krankheit (Erfüllungsbefragung)

Mehr als die Hälfte der befragten PatientInnen (55%) gab an, dass sie bereits eine vorhergehende Therapie im Zusammenhang mit ihrer Krebserkrankung hatten. Auch hier zeigt sich die Tendenz zu einer eher verkürzten Aufenthaltsdauer, die eine stationäre Behandlung bis zu sieben Tage (44,4%) aufzeigt.

Die Interpretationen der soziodemografischen Merkmale der Erfüllungsbefragung lassen sich sehr gut mit jenen der Prioritätenbefragung verknüpfen (siehe Seite 28).

4.2.3 Am besten erfüllte caring-Bedürfnisse

Bei den Fragen nach der Erfüllung der caring-Bedürfnisse an die PatientInnen wurden sehr hohe Zustimmungswerte erzielt. Dies bedeutet, dass die befragten ProbandInnen am Fragebogen vermehrt die Antwortkategorien „trifft zu“ bzw. „trifft eher zu“ angekreuzt haben. Es entstehen dadurch sehr stark rechtsschiefe Verteilungen, die eine Berechnung von Unterschieden kaum möglich machen.

Zur Verbesserung der Anschaulichkeit der Ergebnisse wurden Antwortmöglichkeiten zusammengefasst. Die beiden Kategorien „trifft zu“ und „trifft eher zu“ wurden in ihrer ursprünglichen Form belassen. Die drei restlichen Kategorien „weder noch“, „trifft eher nicht zu“ und „trifft nicht zu“ wurden zur neuen Kategorie „unentschlossen oder trifft nicht zu“ zusammengefasst.

Am besten sind für die PatientInnen jene Items erfüllt, in denen es um fachliche Sicherheit, Verfügbarkeit und Wohlbefinden geht, also genau jene Dimensionen, die ihnen in der Prioritätenbefragung auch am wichtigsten waren. Genauso sind umgekehrt jene Dinge weniger erfüllt, die auch als weniger wichtig eingestuft wurden.

Als am besten erfüllt sehen die PatientInnen, dass sie von den Pflegepersonen „ermutigt werden zu läuten“ und dass diese „wissen, wann ein Arzt/eine Ärztin nötig ist“. Außerdem scheinen die Pflegenden aus der Sicht der PatientInnen einerseits sehr „gelassen“ zu handeln und andererseits sehr herzlich und respektvoll mit ihnen umzugehen. Auch die „zeitgerechte Behandlung“, die PatientInnen in der Prioritätenbefragung sehr wichtig erschien, wird gleichzeitig sehr gut erfüllt.

Weniger gut erfüllt sind aus der Sicht der PatientInnen jene caring-Bedürfnisse, die über alltägliche Pflegehandlungen hinausgehen. Sie betreffen vor allem den Bereich der „Information und Förderung“. So werden zum Beispiel weniger häufig „Informationen über Unterstützungsangebote“ weitergegeben oder „Fragen für den Arzt/die Ärztin“ vorbereitet.

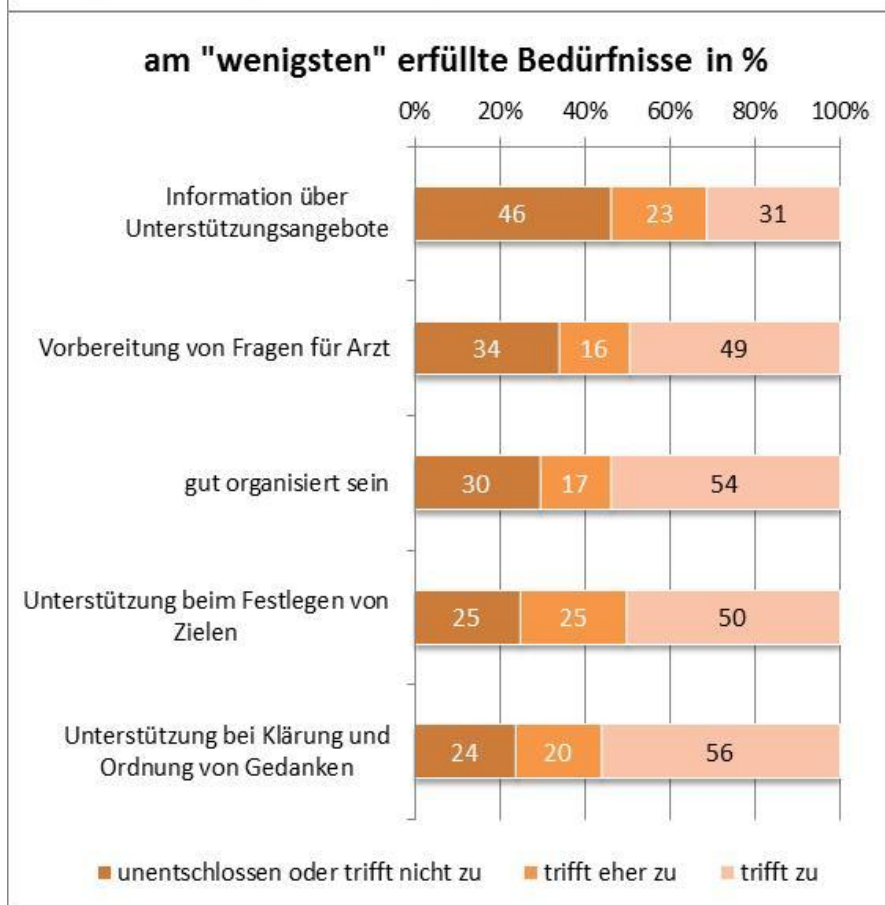
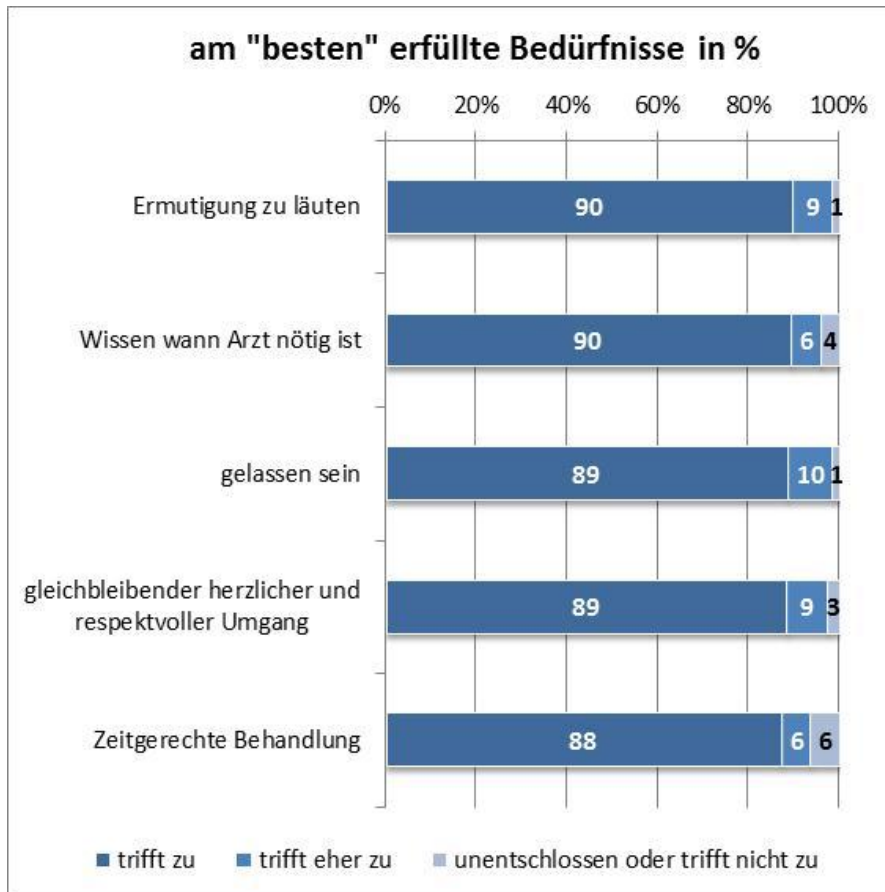


Abbildung 23: Die am „besten“ erfüllten caring-Bedürfnisse

Abbildung 24: Die am „wenigsten“ erfüllten caring-Bedürfnisse

4.2.4 Erfüllung nach Dimensionen

Um die einzelnen Dimensionen von caring-Bedürfnissen analysieren zu können, wurden für die Daten aus der Erfüllungsbefragung Summenindizes gebildet, die jeweils vom Wert 1 „trifft voll zu“ bis zum Wert 5 „trifft nicht zu“ reichen.

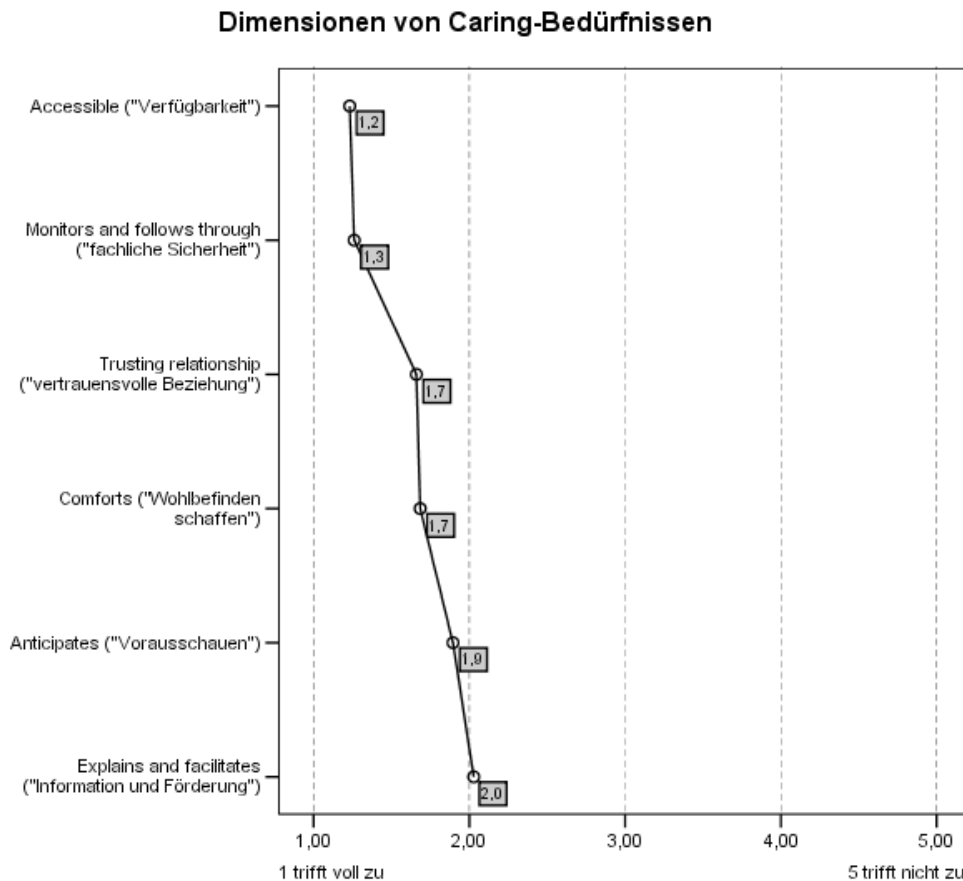


Abbildung 25: Erfüllung von caring-Bedürfnissen nach Dimensionen

Die Analyse der Erfüllung der unterschiedlichen Dimensionen bestätigt, was auch schon bei der Interpretation der am besten und am schlechtesten erfüllten Bedürfnisse offensichtlich wurde. Die „Verfügbarkeit“ („Accessible“) und die „fachliche Sicherheit“ („Monitors and follows through“) der Pflegepersonen werden von den befragten PatientInnen deutlich als am besten erfüllt gesehen. Hingegen nimmt die Dimension „Information und Förderung“ („Explains and facilitates“) deutlich die letzte Stelle ein. Die Informationsweitergabe und Förderung der PatientInnen wird daher am schlechtesten erfüllt.

Betrachtet man die Items der einzelnen Dimensionen im Detail, so wird deutlich, wie hoch die Zustimmungswerte ausgefallen sind. Die PatientInnen gaben somit an, dass nahezu alle caring-Bedürfnisse durch die Pflegepersonen erfüllt werden.

Vor allem im Bereich der „fachlichen Sicherheit“ stimmen bei allen Fragen mehr als drei Viertel der befragten PatientInnen vollkommen zu, dass ihre Bedürfnisse erfüllt wurden. Vor allem diese Aspekte dürften von den Pflegenden also besonders gut umgesetzt worden sein. Ebenso werden in der caring-Dimension „Verfügbarkeit“ („Accessible“) nahezu alle Fragen mit Zustimmung („trifft zu“ bzw. „trifft eher zu“) beantwortet. Die Pflegepersonen dürfen aus Sicht der PatientInnen also nicht nur fachlich Sicherheit ausstrahlen, sondern auch den Eindruck erwecken für die PatientInnen immer verfügbar zu sein (vgl. Abbildung 26 und Abbildung 27).

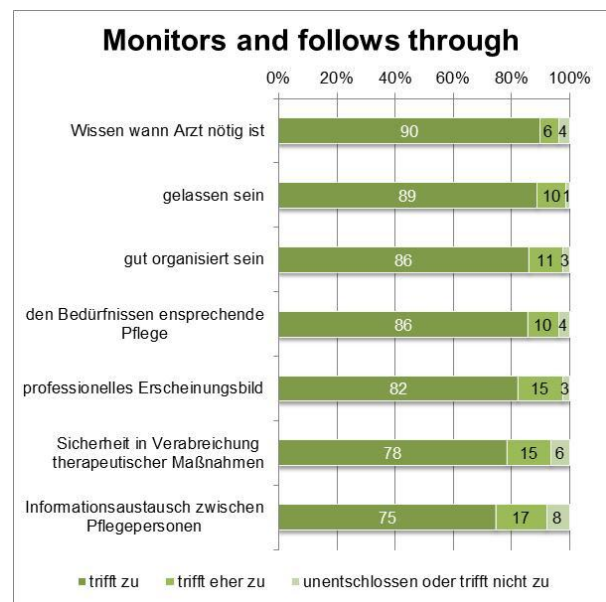
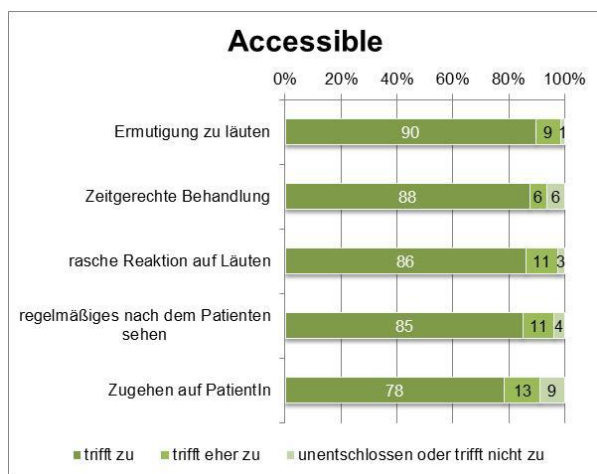


Abbildung 26: Erfüllung der Dimension „Accessible“

Abbildung 27: Erfüllung der Dimension „Monitors and follows through“

Im etwas weniger gut erfüllten Bereich „trusting relationship“ („vertrauensvolle Beziehung“) ist deutlich erkennbar, welche Bedürfnisse aus der Sicht der PatientInnen am besten erfüllt werden. In erster Linie ist es der gleichbleibende „herzliche und respektvolle Umgang“ und das „Wahrnehmen der Einzigartigkeit der PatientInnen“, die fast immer umgesetzt werden können. Die beiden caring-Bedürfnisse im Bereich „Wohlbefinden schaffen“ („Comforts“) werden insgesamt zwar etwas weniger häufig erfüllt wie alle anderen zuvor beschriebenen Bedürfnisse, liegen aber mit rund zwei Drittel Zustimmung noch immer in einem sehr guten Bereich (vgl. Abbildung 28 und Abbildung 29).

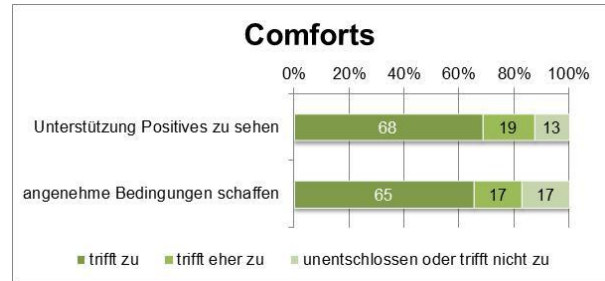
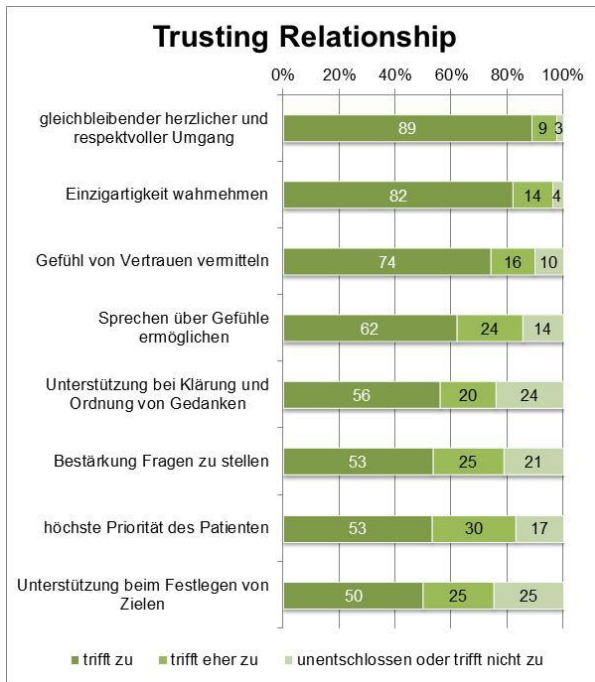


Abbildung 28: Erfüllung der Dimension „Trusting relationship“
 Abbildung 29: Erfüllung der Dimension „Comforts“

Im Bereich des „Vorausschauens“ („Anticipates“) wird nach Meinung der PatientInnen das „Wahrnehmen der Bedürfnisse“ deutlich weniger häufig erfüllt als das „Wissen über die belastende Situation und die zeitgerechte Reaktion darauf“. Was die „Information und Förderung“ der PatientInnen betrifft, so ist es in erster Linie die „Erklärung von pflegerischen Aspekten“, welche am besten erfüllt werden, während die anderen Bedürfnisse in dieser Dimension deutlich dahinter liegen (vgl. Abbildung 30 und Abbildung 31).

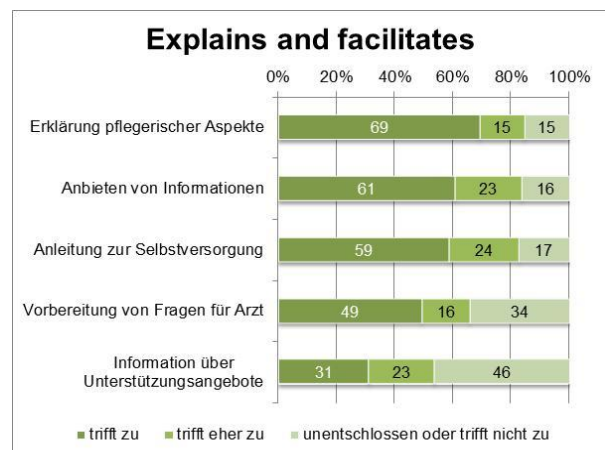
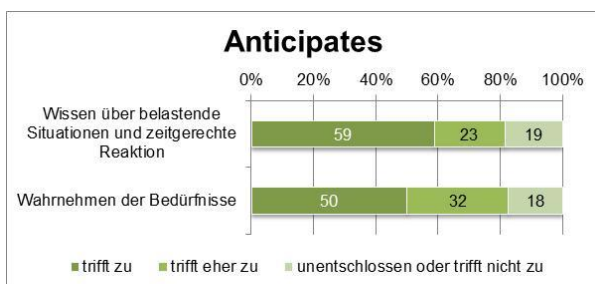


Abbildung 30: Erfüllung der Dimension „Anticipates“
 Abbildung 31: Erfüllung der Dimension „Explains and facilitates“

4.2.5 Unterschiede nach Setting

Zur Analyse der Unterschiede nach Setting wurde gleichermaßen vorgegangen wie bei der Befragung zur Erfüllbarkeit (Pflegerpersonen), nämlich mittels grafischer Analyse (Polaritätsprofile mit Mittelwerten) und Kruskal-Wallis-Tests zur Feststellung von signifikanten Unterschieden.

Auch hier sind anhand der Polaritätsprofile kaum Mittelwertunterschiede zwischen den einzelnen Settings erkennbar. Die drei Linien, die jeweils ein Behandlungsstadium der PatientInnen repräsentieren (postoperativ, behandlungszentriert, palliativ), liegen in allen Dimensionen sehr nahe beieinander. Dies bedeutet, dass die PatientInnen unabhängig vom Krebsstadium die caring-Bedürfnisse als ähnlich gut erfüllt einschätzen.

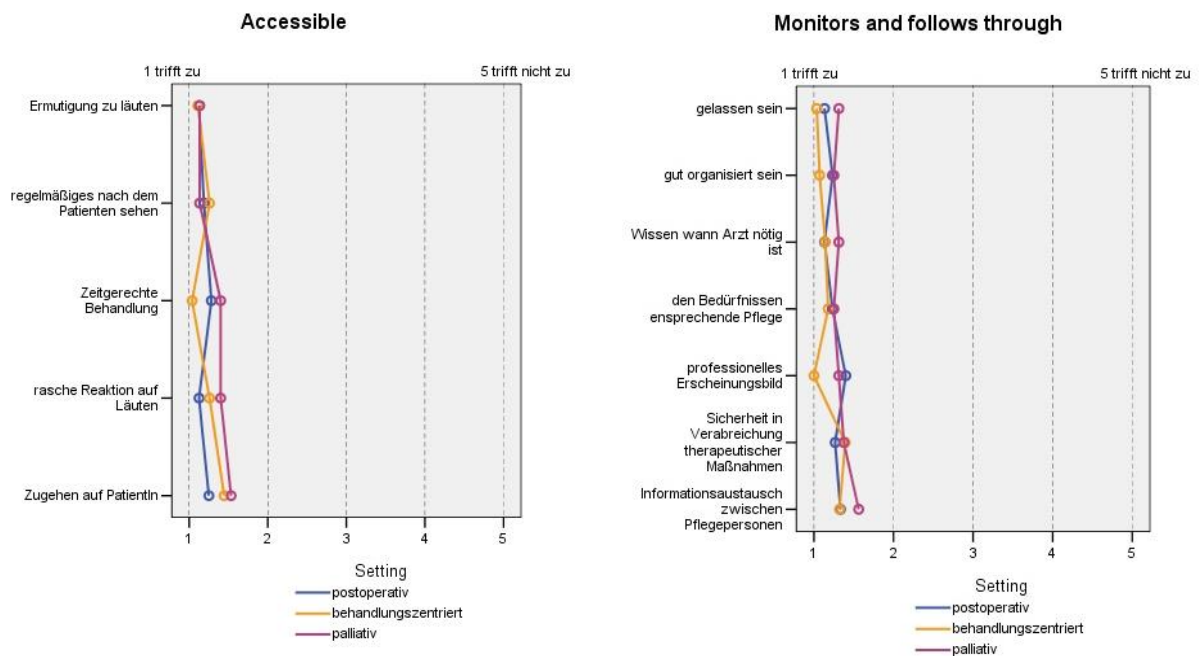


Abbildung 32: Erfüllung der Dimension „Accessible“ nach Setting

Abbildung 33: Erfüllung der Dimension „Monitors and follows through“ nach Setting

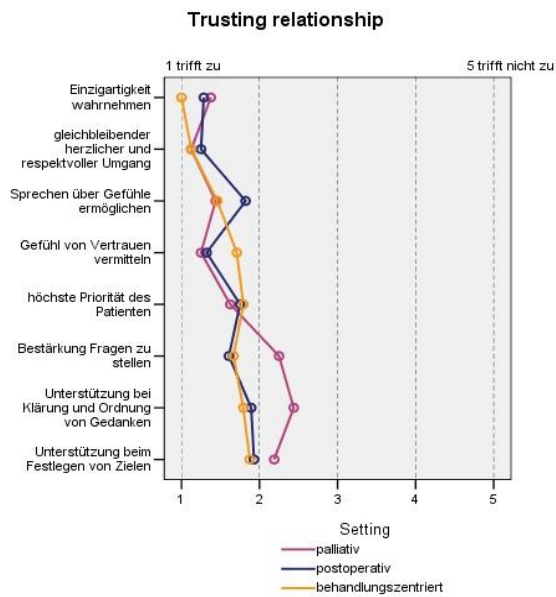


Abbildung 34: Erfüllung der Dimension „Trusting relationship“ nach Setting

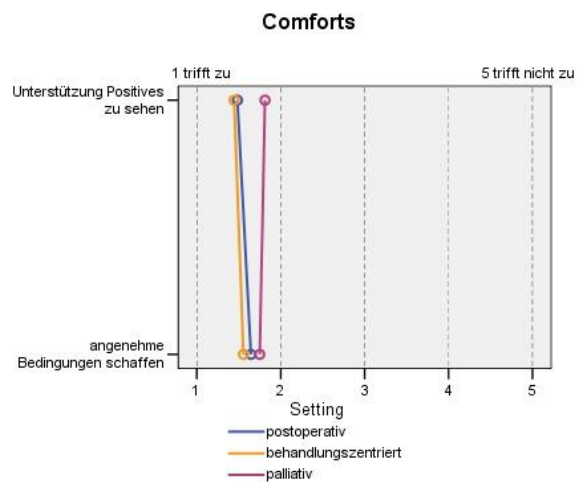


Abbildung 35: Erfüllung der Dimension „Comforts“ nach Setting

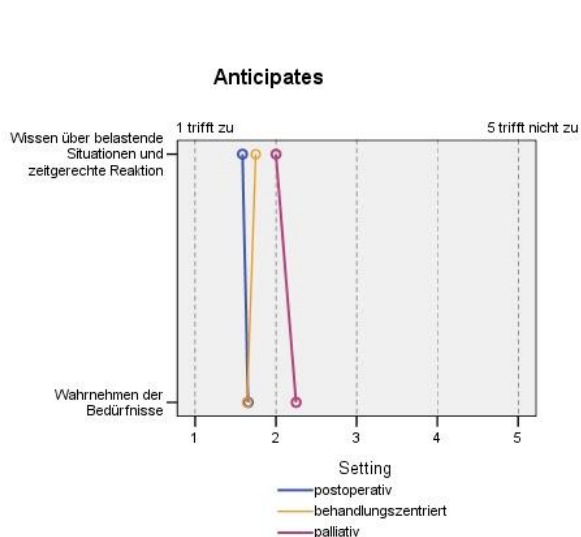


Abbildung 36: Erfüllung der Dimension „Anticipates“ nach Setting

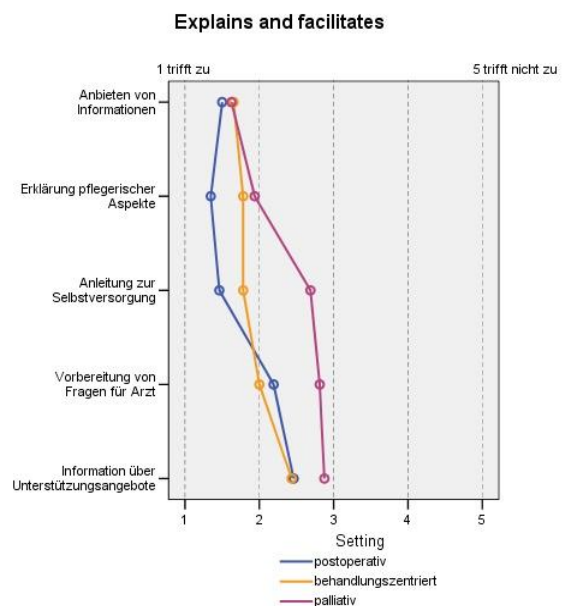


Abbildung 37: Erfüllung der Dimension „Explains and facilitates“ nach Setting

Um feststellen zu können, bei welchen caring-Bedürfnissen bedeutende Unterschiede zwischen den Settings festzustellen sind, wurde ein Kruskal-Wallis-Test berechnet. Dieser zeigte lediglich bei einem Item aus dem Bereich „Information und Förderung“ („Explains and facilitates“) einen signifikanten Unterschied und zwar in der Erfüllung der „Anleitung zur Selbstversorgung“. Dieser Unterschied ist so zu interpretieren, dass dieses caring-Bedürfnis im behandlungszentrierten Setting im Vergleich zu den anderen beiden Settings aus Sicht der PatientInnen weniger häufig erfüllt wurde.

4.2.6 Unterschiede nach sozialen Merkmalen

Bei der Berechnung der caring-Items nach den sozialen Merkmalen ließ sich erkennen, dass es kaum bedeutende Unterschiede in der Erfüllung nach sozialen Merkmalen gibt. Vor allem das Geschlecht der Befragten hat keinen Erklärungsbeitrag für die Erfüllung der Bedürfnisse. Bei der Erfüllung von drei caring-Bedürfnissen konnten Zusammenhänge mit dem Alter der Befragten festgemacht werden.

Es zeigte sich: Je älter die PatientInnen sind,...

- ⇒ ... desto weniger werden ihnen „Informationen über Unterstützungsangebote“ angeboten. (mittelstarker Zusammenhang)
- ⇒ ... desto weniger werden sie „bestärkt Fragen zu stellen“. (mittelstarker Zusammenhang)
- ⇒ ... desto weniger haben sie das Gefühl in ihrer „Einzigartigkeit wahrgenommen“ zu werden. (leichter Zusammenhang)

Auch der Faktor Bildung der Befragten scheint bei der Erfüllung einiger caring-Bedürfnisse eine gewisse Rolle zu spielen: Menschen mit höherer Bildung (ab Maturaniveau):

- ⇒ Werden weniger häufig beim „Festlegen von Zielen unterstützt“.
- ⇒ Werden weniger häufig bei der „Klärung und Ordnung der Gedanken unterstützt“.
- ⇒ Werden weniger häufig bestärkt „Fragen zu stellen“.
- ⇒ Werden weniger häufig dazu animiert „über Gefühle zu sprechen“.
- ⇒ Nehmen häufiger ein „professionelles Erscheinungsbild“ wahr.

Eine mögliche Begründung für diese Unterschiede nach Bildung könnte sein, dass Menschen je nach Bildungsstand unterschiedliche Erwartungen und Ansprüche an Pflegepersonen stellen und dadurch auch die Erfüllung von caring-Bedürfnissen unterschiedlich wahrgenommen wird.

4.2.7 Offene Anmerkungen der PatientInnen

Den PatientInnen wurde am Ende des Fragebogens die Möglichkeit eingeräumt mittels einer offenen Frage Anmerkungen abzugeben. Es zeigt sich allerdings, dass diese Möglichkeit in erster Linie genutzt wurde, um das Pflegepersonal für die Betreuung zu loben und Dank dafür auszusprechen. Erwähnt werden zum Beispiel der professionelle und herzliche Umgang mit den PatientInnen, die gute Organisation oder die Hilfsbereitschaft des Pflegepersonals.

4.3 Erfüllbarkeitsbefragung

Um herauszufinden, wie häufig die unterschiedlichen caring-Bedürfnisse vom Pflegepersonal in der Praxis erfüllt werden können, wurden alle Pflegepersonen der beteiligten Stationen gebeten einen Selbstausfüller-Fragebogen auszufüllen.

4.3.1 Stichprobenbeschreibung

Insgesamt wurden 183 Fragebögen zur Erfüllbarkeitsbefragung der Pflegepersonen an die zuständigen Stationsleitungen bzw. stellvertretenden Stationsleitungen ausgegeben, die wiederum die Selbstausfüller-Fragebögen an die Pflegepersonen der teilnehmenden Stationen weiterreichten. Die Rücklaufquote der Erfüllbarkeitsbefragung der Pflegepersonen ergab 168 Fragebögen, die in den Auswertungsprozess miteinbezogen werden konnten.

Die folgende Tabelle (vgl. Tabelle 9) zeigt die absolute und prozentuelle Beteiligung der Pflegepersonen aus den unterschiedlichen Settings. Es zeigt sich, dass zirka die Hälfte der teilnehmenden Pflegepersonen im postoperativen Setting (52,4%) tätig ist und 42,3% der befragten ProbandInnen im behandlungszentrierten Bereich arbeiten. Die geringe prozentuelle Teilnahme der Pflegepersonen aus dem palliativen Setting (5,4%) lässt sich auf die Tatsache zurückführen, dass das palliative Setting nur eine Station (Palliativstation) inkludiert.

| Erfüllbarkeitsbefragung | | |
|--------------------------------|-------------------|-------------|
| | Häufigkeit | in % |
| postoperativ | 88 | 52,4 |
| behandlungszentriert | 71 | 42,3 |
| palliativ | 9 | 5,4 |
| Gesamt | 168 | 100 |

Tabelle 9: Erfüllbarkeitsbefragung aufgeteilt nach Setting

4.3.2 Soziale Merkmale allgemein

| | | Anzahl | % |
|------------------------------|-----------------------|--------|-------|
| Geschlecht | männlich | 19 | 11,8% |
| | weiblich | 142 | 88,2% |
| Alter in 4 Kategorien | bis 30 Jahre | 46 | 28,9% |
| | 31-40 Jahre | 31 | 19,5% |
| | 41-50 Jahre | 53 | 33,3% |
| | 51 Jahre oder älter | 29 | 18,2% |
| Berufsgruppe | DGKS/DGKP | 144 | 90,0% |
| | Pflegehilfsdienst | 16 | 10,0% |
| Tätigkeitsdauer | seit 5 Jahren | 44 | 26,3% |
| | 6-15 Jahre | 27 | 16,2% |
| | 16-25 Jahre | 26 | 15,6% |
| | 26 Jahren oder länger | 70 | 41,9% |
| Diplomierung | seit 5 Jahren | 42 | 29,6% |
| | 6-15 Jahre | 36 | 25,4% |
| | 16-25 Jahre | 34 | 23,9% |
| | 26 Jahren oder länger | 30 | 21,1% |
| Ausbildungsort | Österreich | 118 | 79,7% |
| | Ausland | 30 | 20,3% |
| Muttersprache | Deutsch | 127 | 79,9% |
| | nicht Deutsch | 32 | 20,1% |
| Religionsbekenntnis | katholisch | 102 | 64,2% |
| | evangelisch | 12 | 7,5% |
| | muslimisch | 1 | ,6% |
| | ohne Bekenntnis | 36 | 22,6% |
| | sonstiges | 8 | 5,0% |
| Schulabschluss | Hauptschule | 60 | 38,7% |
| | BMS | 28 | 18,1% |
| | BHS/Gymnasium | 47 | 30,3% |
| | Hochschulabschluss | 20 | 12,9% |
| | sonstiges | 0 | ,0% |

Tabelle 10: Überblick der soziodemografischen Merkmale (Erfüllbarkeitsbefragung)

Die Tabelle zeigt, dass der überwiegende Teil der befragten Pflegepersonen Frauen (88,2%) sind. 33,3 % der ProbandInnen sind zwischen 41-50 Jahre (33,3%) alt und nahezu alle Pflegepersonen (90%) weisen ein Diplom für Gesundheits- und Krankenpflege auf.

Bei beinahe der Hälfte der befragten Pflegepersonen (41,9%) handelt es sich um Personen, die eine lange Praxiserfahrung aufweisen können und bereits seit 26 Jahren oder länger im

pflegerischen Bereich tätig sind. Zur besseren Übersicht wurde die Tätigkeitsdauer (gleich wie Alter und Zeit der Diplomierung) in vier Kategorien gegliedert. Beim größten prozentuellen Anteil der befragten Pflegepersonen (29,6%) handelt es sich um diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, die ihr Diplom vor fünf Jahren abgeschlossen und ihre Ausbildung in Österreich (79,7%) absolviert haben.

Mehr als Dreiviertel der befragten Pflegepersonen (79,9%) gab „Deutsch“ als Muttersprache an. 71,4% der teilnehmenden ProbandInnen gaben bei der Frage nach dem Religionsbekenntnis ein christliches Bekenntnis an und 22,6% weisen „kein Bekenntnis“ auf, welches in Relation zu den anderen Antwortmöglichkeiten auch hier relativ hoch ist.

Das Bildungsniveau der befragten Pflegepersonen ist relativ ausgeglichen. Die Hälfte der befragten Pflegepersonen hat „keine Matura“ abgelegt und weist einen Hauptschul- (38,7%) oder BMS (18,1%) Abschluss auf. Die andere Hälfte der teilnehmenden ProbandInnen hat eine Matura abgelegt und entweder einen BHS-/Gymnasium- (30,3%) oder Hochschulabschluss (12,9%).

4.3.3 Am besten erfüllbare caring-Bedürfnisse

Insgesamt zeigte sich, dass auch bei der Erfüllungsbefragung das Antwortverhalten der befragten Pflegepersonen äußerst positiv war. Die meisten Items des Fragebogens wurden mit „immer“ oder „häufig“ beantwortet, somit waren die Zustimmungsqoten der Pflegepersonen erstaunlich hoch. Die Antwortkategorien „selten“, „häufig“ oder „nie“ wurden kaum angekreuzt. Dies ist vor allem deswegen interessant, da die Antwortkategorien sehr stark formuliert waren. Die Antwort „immer“ anzukreuzen hat große Bedeutung, da es im Alltag sehr schwierig ist verschiedene Tätigkeiten wirklich „immer“, also ohne Ausnahme, auszuführen. Aus dem äußerst positiven Antwortverhalten ergibt sich jedoch auch der Nachteil, dass kaum Unterschiede in der Erfüllbarkeit festgemacht werden können.

Um trotzdem die am häufigsten und am seltensten erfüllten caring-Bedürfnisse festmachen zu können wurden in den Grafiken die Antwortkategorien von fünf Möglichkeiten auf drei zusammengefasst. Während die ersten beiden Kategorien „immer“ und „häufig“ so belassen wurden, wurden die drei Kategorien „manchmal“, „selten“ und „nie“ zur neuen Kategorie „seltener“ summiert.

Aus Sicht der Pflegepersonen werden jene Items am häufigsten erfüllt, die konkrete Unterstützungsangebote betreffen. So erhalten die Items „Unterstützung Positives zu sehen“, „Anbieten von Informationen“ und „Unterstützung beim Festlegen von Zielen“ jeweils über

80% Zustimmung und wurden somit als Tätigkeiten klassifiziert, die „immer“ gemacht werden. Auch das „Ermutigen zu Läuten“ und das „Schaffen von angenehmen räumlichen Bedingungen“ werden als äußerst häufig erfüllt angesehen. Interessant erscheint, dass es sich hier um Tätigkeiten handelt, die durchaus Zeit in Anspruch nehmen, und den PatientInnen trotzdem immer angeboten werden.

Beachtenswert ist außerdem, dass die am häufigsten erfüllten Bedürfnisse nicht unbedingt auch jene sind, die für die PatientInnen am wichtigsten erscheinen.

Was die am wenigsten häufig erfüllbaren caring-Bedürfnisse betrifft, lässt sich sagen, dass die „zeitgerechte Behandlung“ von den Pflegepersonen „häufig“ bzw. „selten“ durchgeführt werden kann. Wobei hier angemerkt werden muss, dass dies ein Faktor in der pflegerischen Arbeit ist, der in sehr starker Abhängigkeit zur Medizin steht. Somit haben Pflegepersonen oftmals nicht die Möglichkeit bzw. Befugnis eine „zeitgerechte Behandlung“ zu veranlassen. Das Item „den Patienten in seiner Einzigartigkeit wahrnehmen“ erwies sich ebenfalls als ein eher seltener erfülltes caring-Bedürfnis. Hierbei fühlen sich die Pflegepersonen vielleicht oftmals überfordert und auch die zeitlichen Ressourcen lassen nur wenig Raum für dieses caring-Bedürfnis. Die „Vorbereitung von Fragen für den Arzt“ wurde von den Pflegepersonen mit 26%iger Zustimmung der Antwortkategorie „seltener“ als eher wenig häufig erfülltes Bedürfnis angegeben. Erstaunlich erwies sich die Beantwortung des Items „Wissen wann Arzt nötig ist“, wobei hier die positive Zustimmung („häufig“) deutlich höher ist, als bei den vorhergehenden Items. Gleiches gilt für das caring-Item „regelmäßiges nach dem Patienten sehen“.

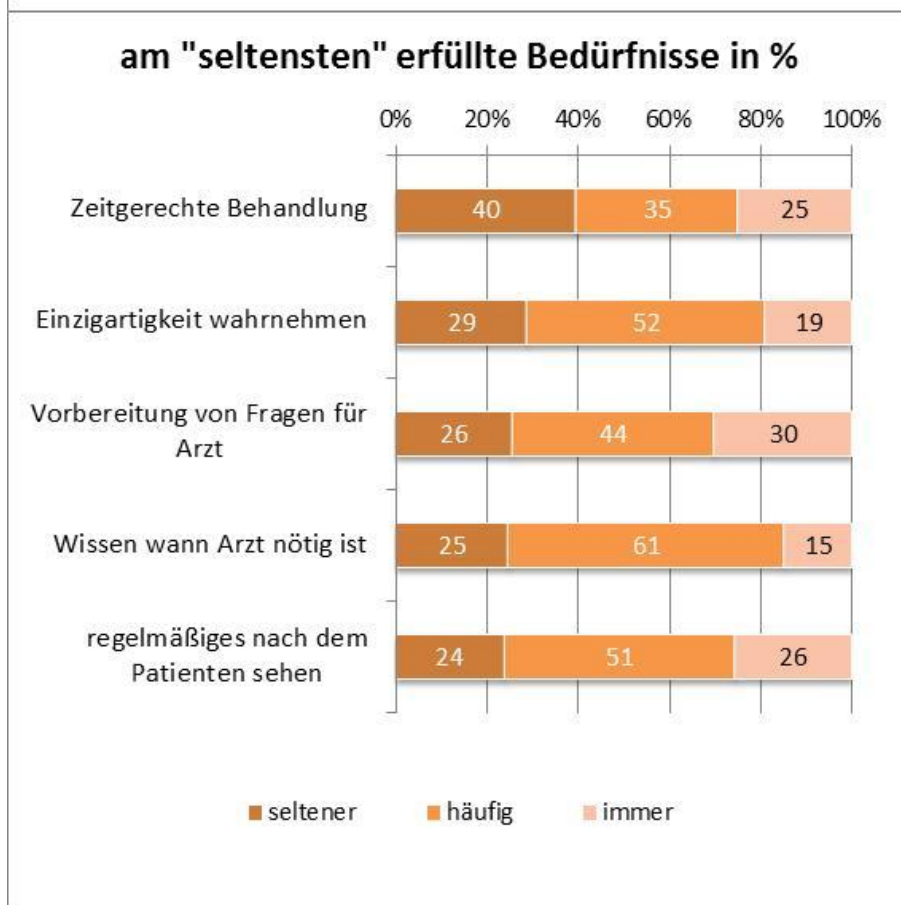
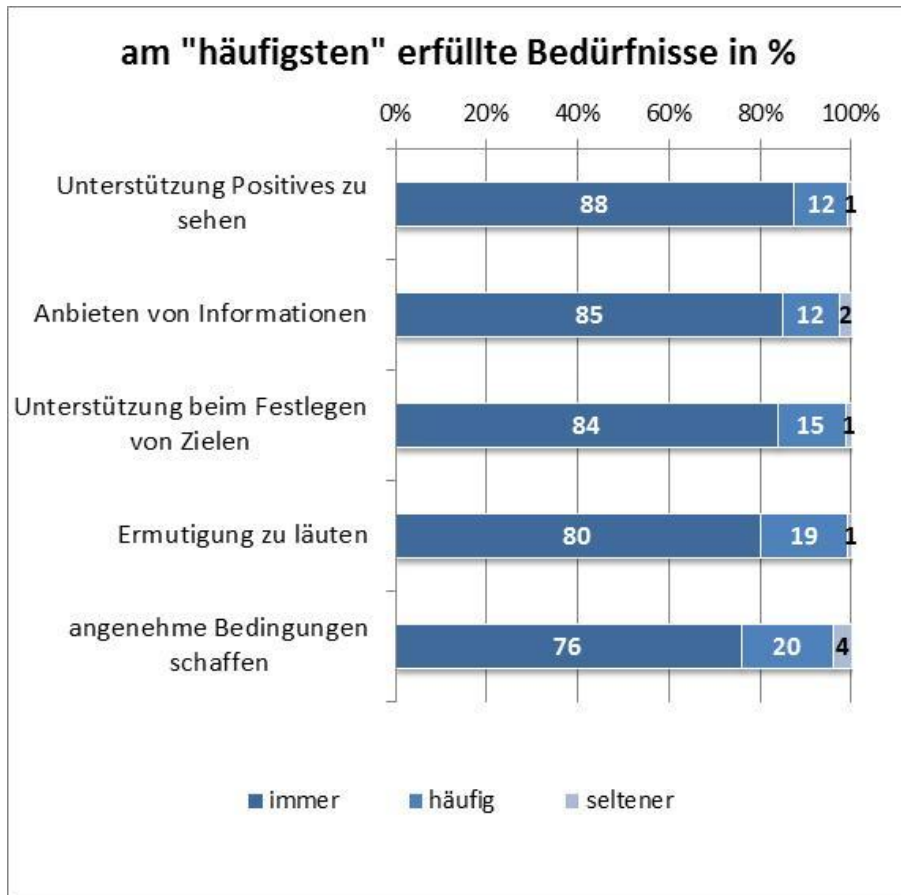


Abbildung 38: Die am „häufigsten“ erfüllten caring-Bedürfnisse

Abbildung 39: Die am „seltensten“ erfüllten caring-Bedürfnisse

4.3.4 Erfüllbarkeit nach Dimensionen

Auch bei den Pflegepersonen stellt sich die Frage, welche Dimension der caring-Bedürfnisse am besten erfüllt werden kann. Dazu wurden Summenindizes berechnet, die genauso wie die ursprünglichen Items interpretiert werden können. Sie reichen vom Wert 1 „immer erfüllt“ bis zum Wert 5 „nie erfüllt“.

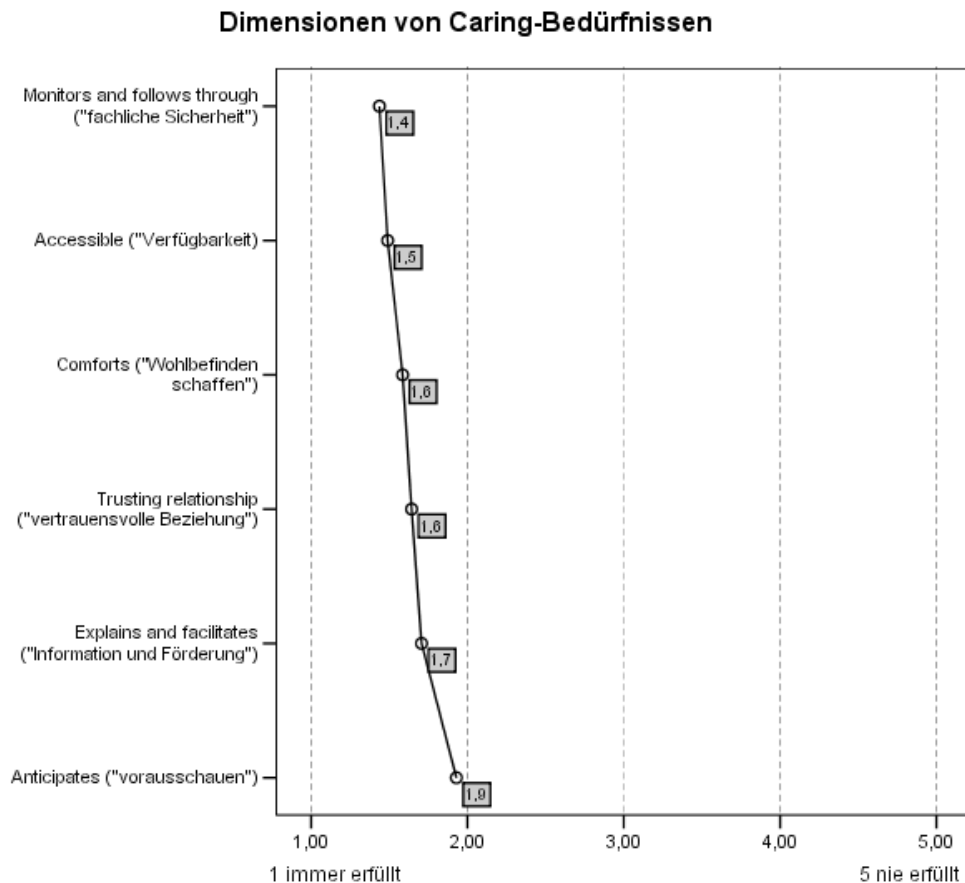


Abbildung 40: Erfüllbarkeit von caring-Bedürfnissen nach Dimensionen

Die Analyse nach Dimensionen zeigt, dass die caring-Dimension „fachliche Sicherheit“ seitens der Pflegepersonen nahezu „immer“ erfüllt wird. Auch die Items der caring-Dimension „Verfügbarkeit“ werden aus der Sicht der Pflegepersonen „häufig“ bis „immer“ erfüllt. Die Reihenfolge der ersten drei caring-Dimensionen bei der Erfüllbarkeitsbefragung gleicht der Reihenfolge der ersten drei caring-Dimensionen der Prioritätenbefragung. Das bedeutet, dass jene Dimensionen, die den PatientInnen am wichtigsten sind, auch aus Sicht der Pflegepersonen am häufigsten erfüllt werden können.

Lenkt man den Blick auf die einzelnen caring-Dimensionen im Detail wird ersichtlich, dass auch hier innerhalb der unterschiedlichen Faktoren jeweils Items zu finden sind, die häufiger oder weniger häufig erfüllt werden können.

Im wichtigsten und am besten erfüllten Bereich der fachlichen Sicherheit („Monitors and follows through“) ist deutlich erkennbar, dass von den Pflegepersonen das „Wissen wann Arzt/Ärztin nötig ist“ und das „professionelle Erscheinungsbild“ am besten erfüllt werden können. Hingegen werden die „Gelassenheit“ und das „gut organisiert sein“ deutlich weniger häufig vollkommen erfüllt (vgl. Abbildung 41).

Auch die Dimension der Verfügbarkeit („Accessible“) beinhaltet zwei Items, die als besonders gut erfüllt angesehen werden. Die „rasche Reaktion auf das Läuten“ und die „Ermutigung zu läuten“ scheinen Punkte zu sein, die von den Pflegepersonen so gut wie immer erfüllt werden. Ein Aspekt, der von den PatientInnen als sehr wichtig gehandelt wurde, scheint allerdings in der Praxis etwas seltener erfüllbar zu sein. Die „zeitgerechte Behandlung“ kann nur von 24% der befragten Pflegepersonen immer garantiert werden (vgl. Abbildung 42).

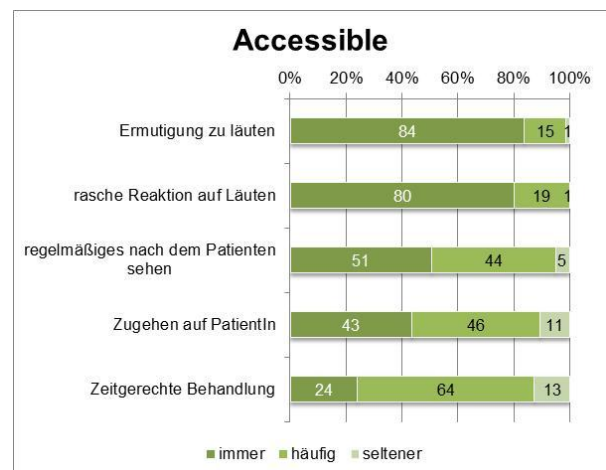
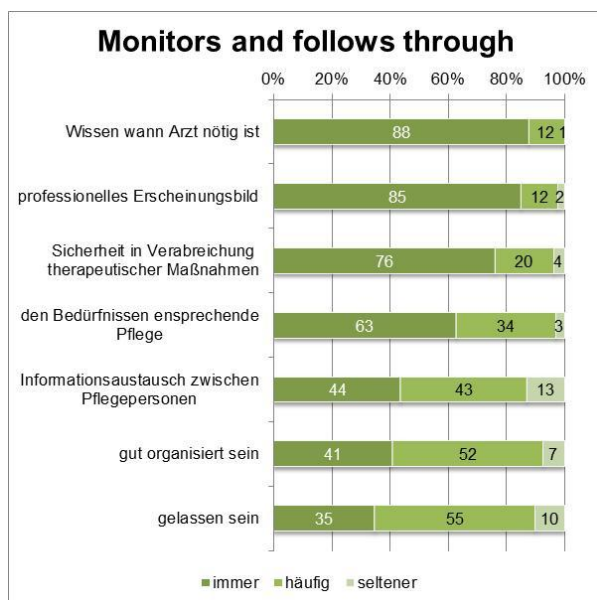


Abbildung 41: Erfüllbarkeit der Dimension „Monitors and follows through“

Abbildung 42: Erfüllbarkeit der Dimension „Accessible“

Im Bereich „Comforts“ („Wohlbefinden schaffen“) werden beide caring-Bedürfnisse von den Pflegepersonen gleich gut erfüllt. Jeweils rund die Hälfte der Befragten sorgt immer für „angenehme Bedingungen“ bzw. unterstützt die PatientInnen „Positives zu sehen“ (vgl. Abbildung 43).

Drei Viertel der befragten Pflegepersonen geben an, immer einen „gleichbleibenden herzlichen und respektvollen Umgang“ mit den PatientInnen zu pflegen. Dies stellt das am besten erfüllbare caring-Bedürfnis im Bereich „Trusting relationship“ („vertrauensvolle Beziehung“) dar. Aktivitäten hingegen, die über die alltäglichen Pflegehandlungen

hinausgehen, wie etwa die Unterstützung „beim Festlegen von Zielen“ oder bei der „Klärung und Ordnung von Gedanken“ kann von den Pflegepersonen deutlich seltener erfüllt werden (vgl. Abbildung 44).

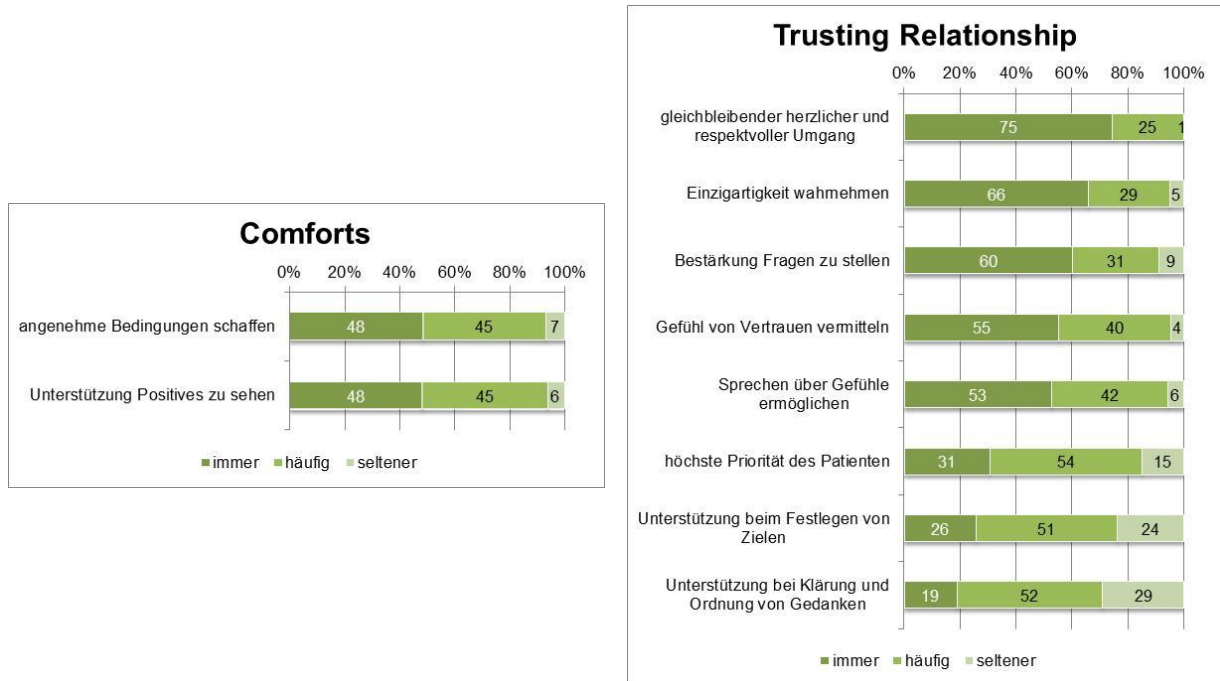


Abbildung 43: Erfüllbarkeit der Dimension „Comforts“

Abbildung 44: Erfüllbarkeit der Dimension „Trusting Relationship“

Insgesamt zeigte die Auswertung der caring-Dimensionen, dass die Bereiche „Information und Förderung“ („Explains and facilitates“) und „Vorausschauen“ („Anticipates“) von den Pflegepersonen am wenigsten häufig umgesetzt werden können.

Trotzdem sind die „Anleitung zur Selbstversorgung“ und die „Erklärung pflegerischer Aspekte“ caring-Tätigkeiten, die von den Pflegenden durchaus sehr häufig umgesetzt werden können. Im Gegensatz dazu werden eher seltener „Fragen für den Arzt/die Ärztin vorbereitet“ oder „Informationen über Unterstützungsangebote“ weitergegeben (vgl. Abbildung 45).

Im Bereich des „Vorausschauens“ ist es vor allem das „Wahrnehmen der Bedürfnisse der PatientInnen“, welches in der Praxis von den Pflegepersonen nicht immer in die Arbeit miteinbezogen werden kann. Allerdings besteht sehr häufig die Erfüllung des „Wissen über die belastende Situation und die zeitgerechte Reaktion darauf“, was den PatientInnen auch als deutlich wichtiger erschien (Abbildung 45: Erfüllbarkeit der Dimension „Explains and facilitates“

Abbildung 46).

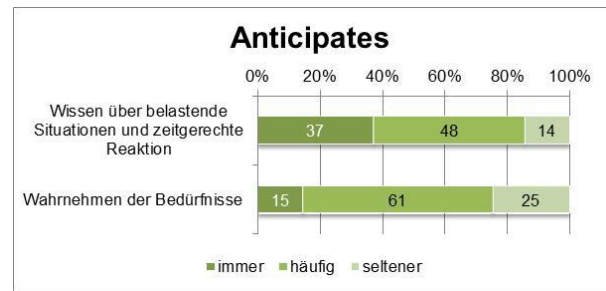
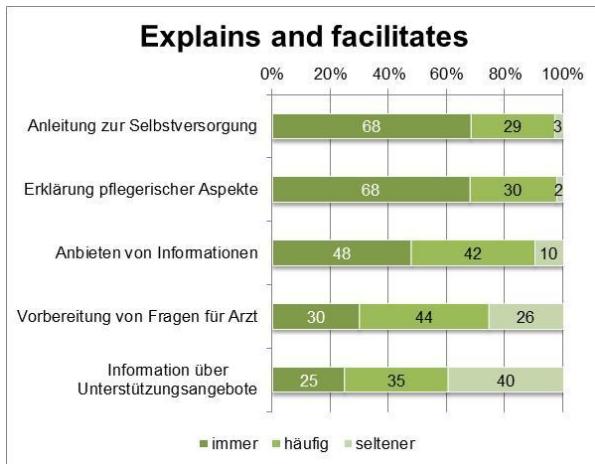


Abbildung 45: Erfüllbarkeit der Dimension „Explains and facilitates“

Abbildung 46: Erfüllbarkeit der Dimension „Anticipates“

4.3.5 Unterschiede nach Setting

Um die Unterschiede in der Erfüllbarkeit der caring-Bedürfnisse nach Setting untersuchen zu können, wurde auch hier ein zweistufiges Vorgehen gewählt. Während die grafische Analyse mittels Polaritätsprofilen und Darstellung der Mittelwerte nach Setting beibehalten wurde, musste hier anstelle des Chi-Quadrat-Tests der Kruskal-Wallis-Test durchgeführt werden, da die sehr stark rechtsschiefen Verteilungen dadurch besser kompensiert werden können.

In Bezug auf die Ergebnisse muss hier darauf hingewiesen werden, dass die Daten zum palliativen Setting mit Vorbehalt betrachtet werden müssen, da aus diesem Bereich nur Daten von 9 Befragten zur Verfügung stehen. Eine solch geringe Fallzahl macht den Vergleich mit den anderen beiden Settings schwierig.

Die grafische Analyse mittels Polaritätsprofilen zeigt auch hier wieder, dass es in der Erfüllbarkeit der caring-Bedürfnisse kaum Unterschiede zwischen den verschiedenen Settings gibt. Vor allem zwischen dem behandlungszentrierten und dem postoperativen Setting ist kaum ein Unterschied erkennbar, lediglich im palliativen Setting gibt es häufiger Abweichungen, die allerdings nicht überbewertet werden dürfen.

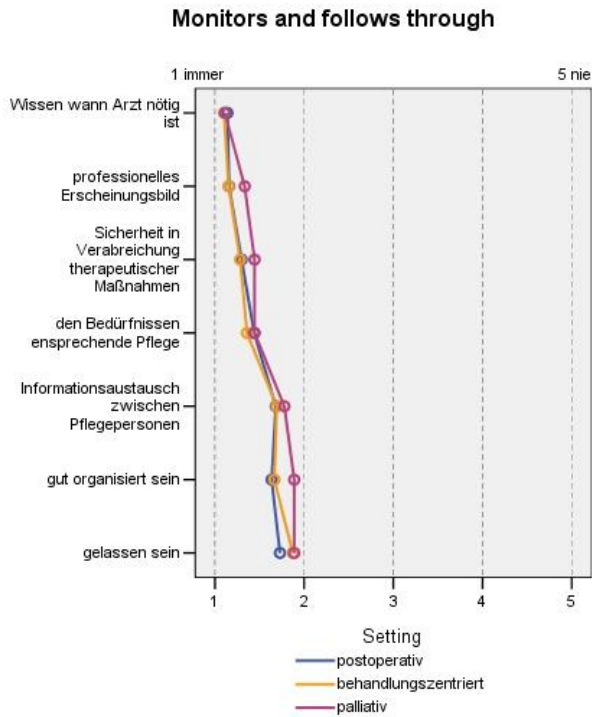


Abbildung 47: Erfüllbarkeit der Dimension „Monitors and follows through“ nach Setting

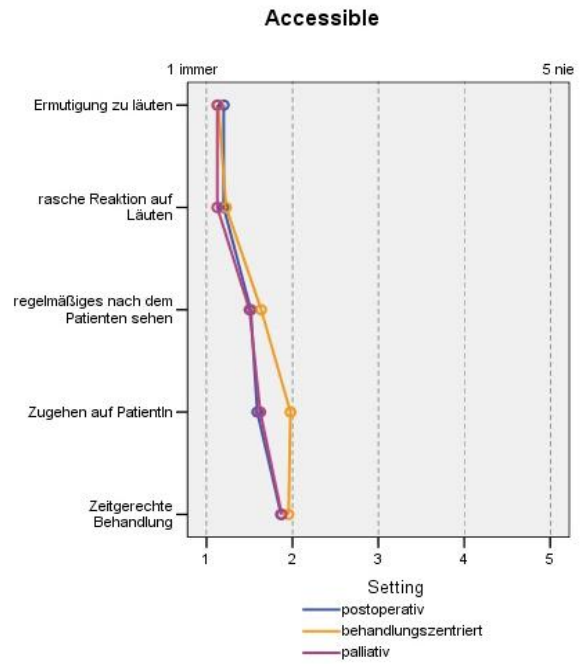


Abbildung 48: Erfüllbarkeit der Dimension „Accessible“ nach Setting

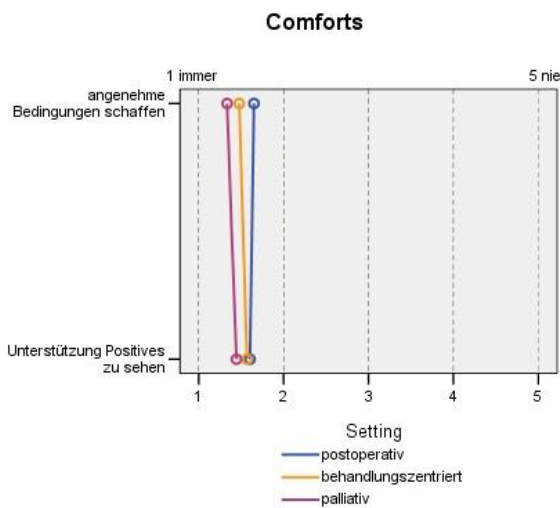


Abbildung 49: Erfüllbarkeit der Dimension „Comforts“ nach Setting

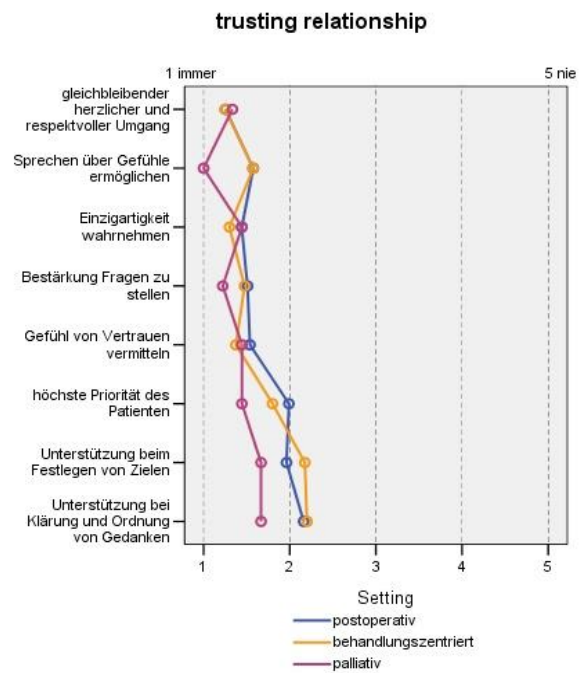


Abbildung 50: Erfüllbarkeit der Dimension „Trusting relationship“ nach Setting

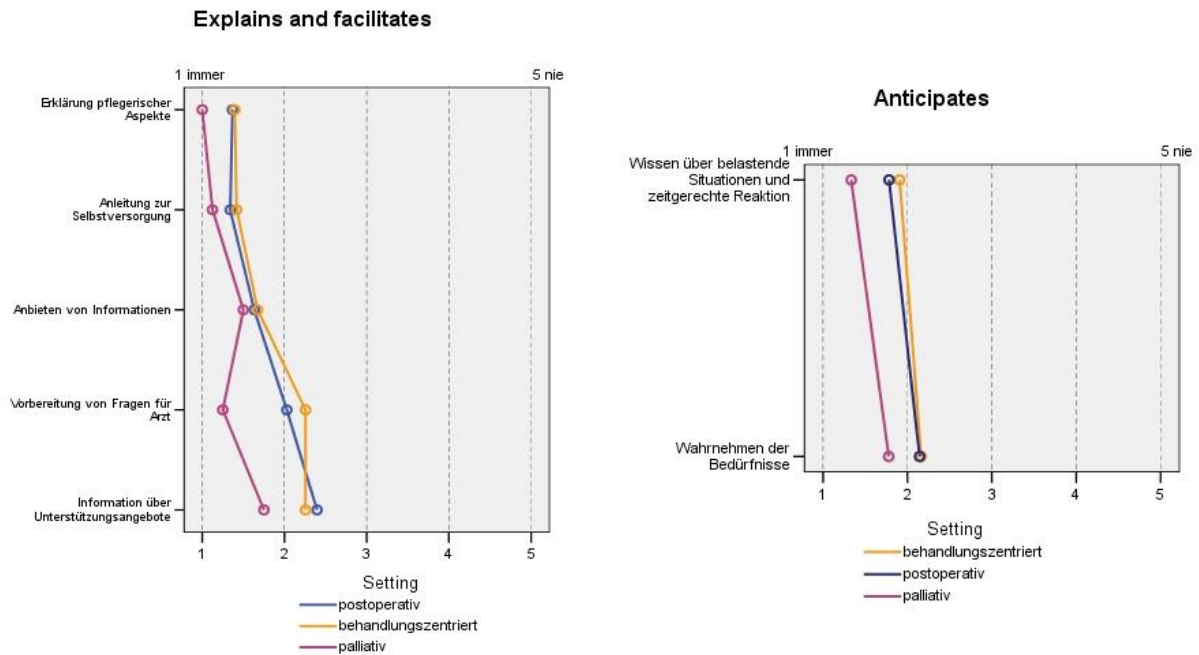


Abbildung 51: Erfüllbarkeit der Dimension „Explains and facilitates“ nach Setting

Abbildung 52: Erfüllbarkeit der Dimension „Anticipates“ nach Setting

Um feststellen zu können, bei welchen caring-Bedürfnissen bedeutende Unterschiede zwischen den Settings festzustellen sind, wurde ein Kruskal-Wallis-Test berechnet. Dieser zeigte lediglich bei einem Item („Unterstützung beim Festlegen von Zielen“) aus dem Bereich „vertrauensvolle Beziehung“ („Trusting relationship“) einen signifikanten Unterschied in der Erfüllung. Dieser Unterschied ist so zu interpretieren, dass dieses caring-Bedürfnis im behandlungszentrierten Setting im Vergleich zu den anderen beiden Settings weniger häufig erfüllt werden kann.

Insgesamt kann aber gesagt werden, dass für die Erfüllung der caring-Bedürfnisse durch das Pflegepersonal das Setting, in dem die Pflegepersonen beschäftigt sind, keinen Einfluss hat.

4.3.6 Unterschiede nach sozialen Merkmalen

Auch bei den MitarbeiterInnen wurde analysiert, ob soziale Merkmale Einfluss auf die Erfüllbarkeit der caring-Bedürfnisse haben. Es zeigt sich allerdings, dass soziodemographische Einflussfaktoren auf die Erfüllbarkeit der caring-Bedürfnisse nur wenig Einfluss ausüben.

Der Zusammenhang zwischen Alter und der Erfüllbarkeit der caring-Bedürfnisse wurde mittels der Korrelation nach Spearman getestet. Hier zeigen sich bei fünf Items signifikante Zusammenhänge:

Je älter die befragten Pflegepersonen sind,...

- ⇒ ... desto häufiger ist es ihnen möglich „Information über Unterstützungsangebote“ an die PatientInnen weiterzugeben. (mittelstarker Zusammenhang)
- ⇒ ... desto weniger häufig „leiten sie PatientInnen zur Selbstversorgung an“. (sehr leichter Zusammenhang)
- ⇒ ... desto weniger werden die PatientInnen „bestärkt Fragen zu stellen“. (sehr leicht)
- ⇒ ... desto häufiger wird die „höchste Priorität den PatientInnen“ zuteil. (sehr leicht)
- ⇒ ... desto weniger häufig wird auf ein „professionelles Erscheinungsbild“ geachtet. (sehr leicht)

Auch die Dauer der Tätigkeit der Pflegepersonen im onkologischen Bereich hat bei einigen wenigen caring-Bedürfnissen Einfluss auf deren Erfüllung: So zeigte sich:

Je länger die Pflegepersonen bereits im onkologischen Bereich tätig sind,...

- ⇒ ... desto seltener „sehen sie regelmäßig nach den PatientInnen“. (leicht)
- ⇒ ... desto seltener „reagieren sie rasch auf das Läuten“. (sehr leicht)
- ⇒ ... desto häufiger geben sie „Information über Unterstützungsangebote“ weiter. (leicht)
- ⇒ ... desto häufiger sind sie „gut organisiert“. (leicht)

Die Zusammenhänge der caring-Bedürfnisse mit den Faktoren Alter und Tätigkeitsdauer zeigen sehr deutlich, dass mit beiden Faktoren auch die Routine in der Arbeit mit onkologisch erkrankten Menschen zunimmt. Auch könnten Alter und eine längere Tätigkeitsdauer bedeuten, dass Pflegepersonen eine höhere Position auf der Station innehaben, was somit Auswirkungen auf die Erfüllung der caring-Bedürfnisse haben könnte.

Außerdem zeigte sich, dass es zumindest bei zwei caring-Bedürfnissen einen Unterschied macht, wo die Befragten ihre Ausbildung zur Pflegeperson absolviert haben. Das „Bestärken Fragen zu stellen“ und das „Sprechen über Gefühle ermöglichen“ ist für jene Pflegepersonen häufiger erfüllbar, welche ihre Ausbildung in Österreich absolviert haben. Hier besteht allerdings sicher ein Zusammenhang zwischen den Kenntnissen der deutschen Sprache und der Erfüllung dieser Items, da die Umsetzung beider Bedürfnisse sehr gute Sprachkenntnisse erfordert. Die Ausbildung zur Krankenpflegeperson in einem anderen Land ist wahrscheinlich meist mit einer anderen Muttersprache verknüpft.

4.3.7 Offene Anmerkungen der Pflegepersonen

Ein kleiner Teil der befragten Pflegepersonen nutze auch hier die Möglichkeit am Ende des Fragebogens noch offene Kommentare zu hinterlassen. Diese Anmerkungen lassen erkennen, dass vor allem genügend Pflegepersonal und ausreichend Zeitressourcen zur Erfüllung der caring-Bedürfnisse von PatientInnen notwendig sind. In der Praxis mangelt es häufig an diesen beiden Aspekten.

Außerdem wird angemerkt, dass in der konkreten Arbeitssituation die Zusammenarbeit mit den ÄrztInnen unumgänglich ist, um auf die caring-Bedürfnisse eingehen zu können. Zusätzlich besteht der Wunsch nach zusätzlicher Unterstützung für die Pflegepersonen selbst - zum Beispiel durch psychologische Beratung oder Supervision.

4.4 Zusammenhang zwischen den drei Befragungen

Abschließend soll der Blick darauf gelenkt werden, in welchem Zusammenhang die drei durchgeführten Befragungen stehen. Es stellt sich die Frage, inwieweit die Wichtigkeit, die Erfüllung und die Erfüllbarkeit von caring-Bedürfnissen miteinander in Beziehung stehen.

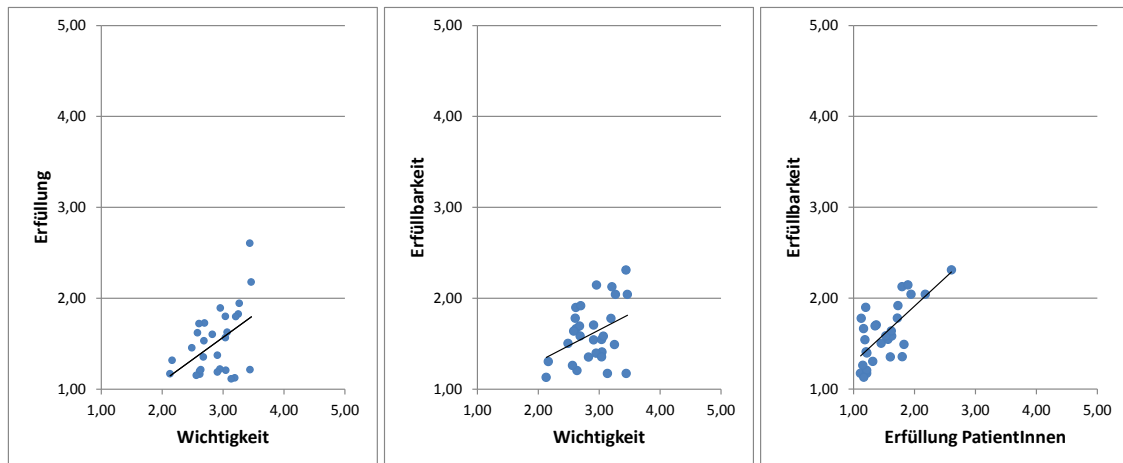


Abbildung 53: Zusammenhang der drei Befragungen

Die oben angeführten drei Streudiagramme zeigen jeweils die Kombinationen aus zwei Befragungen miteinander. Jeder Punkt repräsentiert dabei eines der 29 caring-Bedürfnisse. Da die Punkte bei allen drei Kombinationen sehr nahe an der eingefügten Linie zu finden sind, kann gesagt werden, dass insgesamt kaum Unterschiede zwischen Wichtigkeit, Erfüllung und Erfüllbarkeit festzustellen sind. Jene caring-Bedürfnisse, die wichtig sind, werden sowohl aus Sicht der PatientInnen, als auch aus Sicht der Pflegepersonen erfüllt. PatientInnen und Pflegepersonen sind sich außerdem über die Erfüllung der caring-Bedürfnisse insgesamt einig.

Interessant wäre hierzu die Überlegung, ob jene Bedürfnisse, die weniger oft erfüllt werden, deswegen auch weniger wichtig für die PatientInnen sind, da man sie aus dem Alltag nicht kennt, und damit auch nicht als Aufgabe der Pflege wahrnimmt. Oder ob jene Bedürfnisse, weniger häufig erfüllt werden, da bekannt ist, dass sie weniger wichtig sind.

Betrachtet man allerdings die caring-Dimensionen im Einzelnen so zeigen sich doch einige kleine Unterschiede zwischen den drei Befragungen. Die Analyse wurde hier wieder mittels Polaritätsprofilen durchgeführt. Diese zeigen auf den ersten Blick sehr große Unterschiede zwischen der Befragung nach den caring-Prioritäten und den beiden anderen Befragungen. Diese großen Unterschiede lassen sich allerdings auf die unterschiedlichen Befragungsarten zurück führen. Die Erfüllungs- und Erfüllbarkeitsbefragung hingegen zeigen nur minimale Abweichungen, die allerdings in Anbetracht der hohen Zustimmungswerte bei beiden

Gruppen durchaus bedeutsam sein können. Um die relevanten Unterschiede herauszufiltern muss auch hier wieder auf einen Signifikanztest zurückgegriffen werden. Da hier Mittelwerte zwischen zwei Gruppen miteinander verglichen werden sollen, empfiehlt sich der T-Test.

Im Bereich der „Verfügbarkeit“ der Pflegepersonen („Accessible“) zeigen sich bei einigen caring-Bedürfnissen signifikante Unterschiede zwischen der Erfüllung aus Sicht der PatientInnen und der Erfüllbarkeit aus Sicht der Pflegepersonen. Sowohl das „Zugehen auf die PatientInnen“, die „zeitgerechte Behandlung“ als auch das „regelmäßig nach dem Patienten sehen“ werden von den PatientInnen als häufiger erfüllt eingeschätzt, als von den Pflegepersonen. Im Bereich der „Information und Förderung“ sind die PatientInnen im Gegensatz zum vorherigen Bereich etwas kritischer als die Pflegepersonen, welche nahezu alle caring-Bedürfnisse als besser erfüllt einstufen. Einen signifikanten Unterschied zwischen Erfüllung und Erfüllbarkeit gibt es aber nur beim Item „Anleitung zur Selbstversorgung“ (vgl. Abbildung 54 und Abbildung 55).

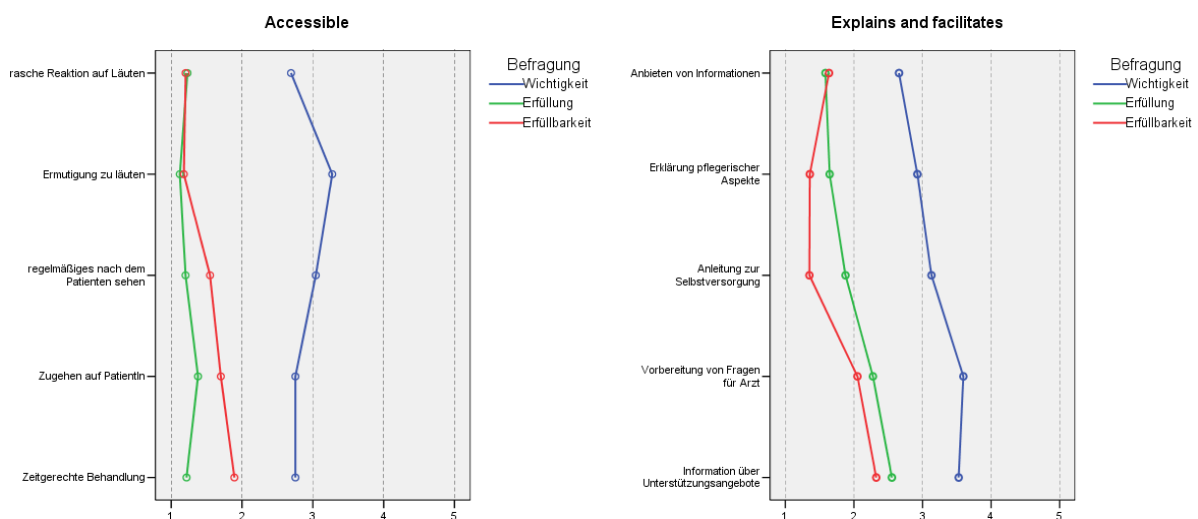


Abbildung 54: Zusammenhang der drei Befragungen – Dimension „Accessible“

Abbildung 55: Zusammenhang der drei Befragungen – Dimension „Explains a. facilitates“

Was das „Schaffen von Wohlbefinden“ betrifft, sind sich die beiden Befragungsgruppen in ihrer Einschätzung vollkommen einig - es gibt hier keine signifikanten Abweichungen. In der caring-Dimension des „Vorausschauens“ hingegen zeigt sich, dass die PatientInnen das „Wahrnehmen ihrer Bedürfnisse“ als signifikant besser erfüllt empfinden, als dies Pflegepersonen aus ihrer Sicht einschätzen (vgl. Abbildung 56 und Abbildung 57).

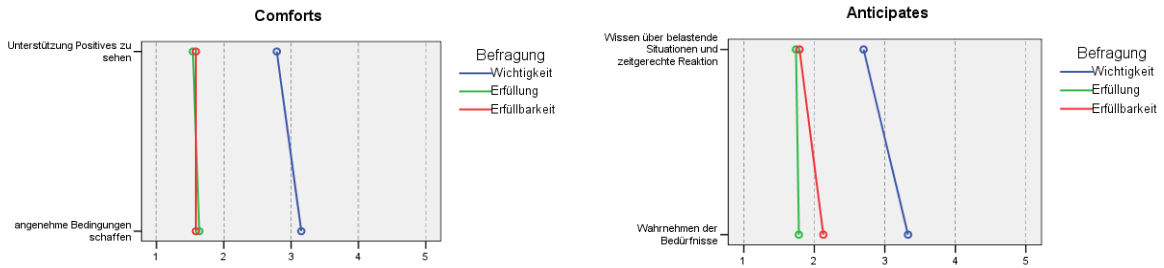


Abbildung 56: Zusammenhang der drei Befragungen – Dimension „Comforts“
 Abbildung 57: Zusammenhang der drei Befragungen – Dimension „Anticipates“

Obwohl die caring-Dimension „trusting relationship“ („vertrauensvolle Beziehung“) sehr viele Fragen umfasst, lassen sich nur bei zwei Items signifikante Unterschiede zwischen der Erfüllungs- und der Erfüllbarkeitsbefragung festmachen. Während die PatientInnen eine stärkere Erfüllung in der „Wahrnehmung ihrer Einzigartigkeit“ angeben, kann die Erfüllbarkeit aus Sicht der Pflegepersonen in der „Bestärkung Fragen zu stellen“ signifikant stärker ermöglicht werden.

Die Dimension „Monitors and follows through“ („fachliche Sicherheit“) wurde als wichtigste Dimension von caring-Bedürfnissen eingestuft und auch von PatientInnen und Pflegepersonen als jener Bereich bewertet, der am besten erfüllt wird. Allerdings zeigt sich hier, dass die PatientInnen die Erfüllung noch etwas besser einschätzen, als dies die Pflegepersonen tun. Die Polaritätsprofile zeigen bei den Items „gut organisiert sein“, „gelassen sein“, „den Bedürfnissen entsprechende Pflege“ und „Informationsaustausch zwischen Pflegepersonen“ sehr schön, dass es hier signifikante Unterschiede gibt.

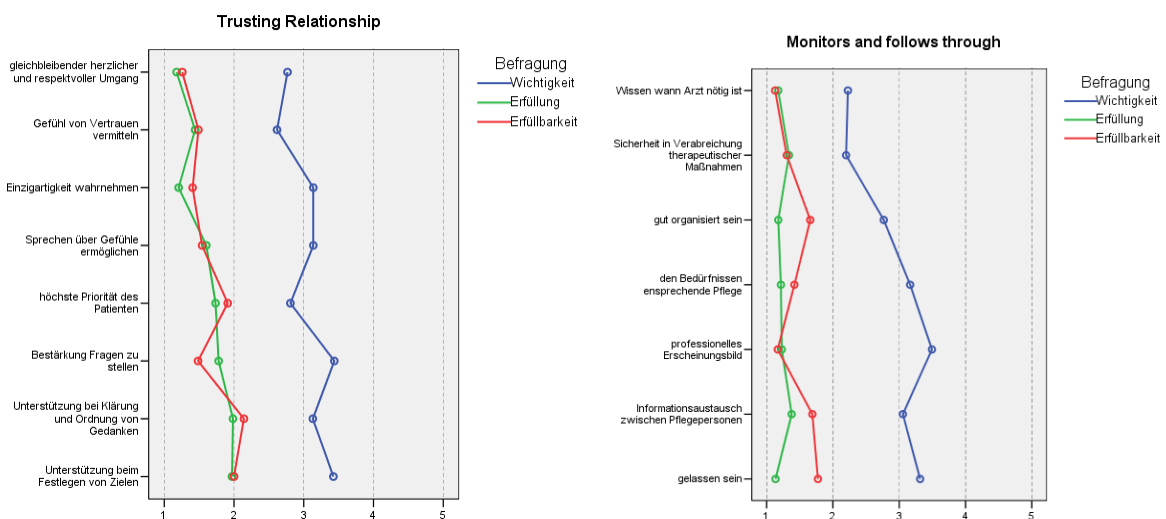


Abbildung 58: Zusammenhang der drei Befragungen – Dimension „Trusting relationship“
 Abbildung 59: Zusammenhang der drei Befragungen – Dimension „Monitors and follows through“

5 ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE

Die **Prioritätenbefragung** der PatientInnen zeigt, dass die Prioritäten klar auf Items aus dem Bereich „fachliche Sicherheit“ und „Verfügbarkeit“ liegen. Die meisten Items der Dimensionen „Wohlbefinden schaffen“, „Vorausschauen“, „vertrauensvolle Beziehung“, „Information und Förderung“ werden von den PatientInnen erst danach gereiht.

Vergleicht man die drei Settings miteinander, so lassen sich bezüglich der Prioritäten der caring-Bedürfnisse kaum Unterschiede feststellen. Der einzige statistisch signifikante Unterschied kann bezüglich des Items „Gefühl von Vertrauen vermitteln“ festgestellt werden. Hier zeigt sich, dass dieses caring-Bedürfnis für PatientInnen des behandlungszentrierten Settings signifikant wichtiger ist, als für jene PatientInnen des postoperativen und palliativen Settings.

Somit kann gesagt werden, dass das Setting (postoperativ, behandlungszentriert, palliativ) im Krankenhaus kaum Einfluss auf die Priorisierung der caring-Bedürfnisse nimmt.

Auch die sozialen Merkmale der Befragten haben im Großen und Ganzen kaum Einfluss auf die Prioritäten. Dennoch lassen sich im Detail betrachtet kleine Unterschiede feststellen (siehe: Signifikante Unterschiede nach sozialen Merkmalen, S. 45).

Auch die **Erfüllungsbefragung** der PatientInnen zeigt eine sehr hohe Zustimmung zu allen Items. Das zeigt, dass caring in all seinen Dimensionen seitens der Pflege aus der Wahrnehmung der KrebspatientInnen sehr gut erfüllt ist, bzw. diese sehr zufrieden mit der Erfüllung der einzelnen caring-Bedürfnisse sind. Am besten sind jene Items erfüllt, in denen es um „fachliche Sicherheit“, „Verfügbarkeit“ und „Wohlbefinden“ geht. Dies betrifft genau jene Dimensionen, denen auch die höchste Priorität eingeräumt wird.

Es lassen sich auch hier kaum Unterschiede der caring-Bedürfnisse nach Setting feststellen. Einzig das Item „Anleitung zur Selbstversorgung“ (aus dem Bereich „Information und Förderung“) wird von PatientInnen aus dem behandlungszentrierten Setting signifikant höher eingeschätzt als von denen der anderen beiden Settings.

Die **Erfüllbarkeitsbefragung** der Pflegepersonen ist ebenso von einer sehr hohen Zustimmung geprägt. Die Pflegepersonen geben an, dass sie die meisten caring-Bedürfnisse „immer“ bzw. „nahezu immer“ erfüllen können. Die höchste Zustimmung erhalten dabei jene caring-Bedürfnisse, welche konkrete Unterstützung betreffen. Der geringste Grad an Erfüllbarkeit zeigt sich bei dem Item dessen Erfüllung abhängig von der Berufsgruppe der

ÄrztInnen ist („zeitgerechte Behandlung“) und bei dem Item „den Patienten in seiner Einzigartigkeit wahr zu nehmen“.

Auch im Rahmen der Erfüllbarkeit seitens der Pflegepersonen lassen sich kaum Unterschiede nach Setting feststellen. Lediglich im palliativen Setting zeigen sich Abweichungen, die aufgrund der hier geringeren Stichprobengröße (im Vergleich zu den anderen beiden) nur mit Vorsicht zu interpretieren sind und keine statistische Relevanz aufweisen. Der einzig signifikante Unterschied zeigt sich beim Item „Unterstützung beim Festlegen von Zielen“, das im behandlungszentrierten Setting als weniger erfüllbar eingestuft wird.

Bezieht man sich auf den Einfluss der sozialen Merkmale der Befragten und der Erfüllbarkeit der caring-Bedürfnisse so zeigt sich deutlich, dass das Alter der Pflegepersonen ein einflussnehmender Faktor ist, ebenso wie die Dauer der Tätigkeit im onkologischen Bereich.

Setzt man alle **drei Erhebungen in Beziehung** so lässt sich feststellen, dass kaum Unterschiede zwischen Wichtigkeit, Erfüllung und Erfüllbarkeit sichtbar sind. Das bedeutet, dass jene caring-Bedürfnisse, die prioritär sind, sowohl aus Sicht der PatientInnen als auch aus Sicht der Pflegepersonen am besten erfüllt werden. PatientInnen und Pflegepersonen zeigen ebenso Übereinstimmung in der Erfüllung der caring-Bedürfnisse.

6 FAZIT UND DISKUSSION

Die Studie zeigt zwar eine Fülle an Detailergebnissen, auf die hier jedoch nicht mehr im Einzelnen eingegangen werden soll. Vielmehr geht es in diesem Kapitel darum, zentrale Erkenntnisse aus der gesamten Studie herauszugreifen und zu diskutieren.

6.1 „fachlichen Sicherheit“ und „Verfügbarkeit“ als prioritäre Bedürfnisse

Dieses Ergebnis findet seine Entsprechung auch in anderen Studien. Zamanzadeh et al. (2010) bestätigen zum Beispiel in einer Untersuchung mit 200 PatientInnen und 40 Pflegepersonen die Reihung „Monitors and follows through“ und „Being accessible“ als wichtigste Kategorien. Auch das systematische Review von Papastavrou, Efstathiou & Charalambous (2011) zeigt die Wichtigkeit, die den einzelnen Items der Dimension „Monitors and follows through“ im onkologischen Setting zukommt.

Die Ergebnisse spiegeln zum einen den besonderen Schwerpunkt auf Tätigkeiten im mitverantwortlichen Bereich im Rahmen der onkologischen Pflege im Krankenhaus im Rahmen von Therapien, Schmerzbekämpfung, und postoperativen Maßnahmen. Aber auch prophylaktische Maßnahmen nehmen einen hohen Stellenwert ein. Dies sind pflegerische Handlungen, bzw. die Mitwirkung bei medizinischen Maßnahmen, die ein hohes Maß an Fachwissen voraussetzen. Bereits Sourial (1997) weist in ihrer Analyse des Konzepts caring, auf empirische Daten hin, die zeigen, dass gefühlsbetonte Aktivitäten erst dann für PatientInnen wichtig werden, wenn die fachkompetente physische Pflege gewährleistet ist.

Betrachtet man die Literatur, so findet man unterschiedliche Ergebnisse zu der Übereinstimmung der Prioritäten der caring-Bedürfnisse zwischen Pflegepersonen und PatientInnen. Während einerseits, wie in der vorliegenden Studie, auch eine hohe Kongruenz zwischen den beiden Sichtweisen ausgemacht werden konnte (Gardner et al., 2001; Papastavrou, Efstathiou, Charalambous, 2011), zeigen andere Studien Unterschiede zwischen den beiden Perspektiven auf. In diesen bewerten PatientInnen kompetentes Verhalten (Verabreichen von Medikamenten, Umgang mit Geräten) höher als Pflegepersonen. Hingegen priorisieren Pflegepersonen eher gefühlsbetonte Items wie das Zuhören etc. (Larson, 1987; Mayer, 1987; von Essen & Sjöden, 1991).

Zu beachten ist aber bei der Interpretation dieses Ergebnisses, dass es sich bei der vorliegenden Untersuchung, wie bei allen anderen Studien, die die CARE-Q Scale eingesetzt haben, um eine erzwungene Priorisierung der caring-Bedürfnisse handelt, im Gegensatz zu

Studien, die jedes Bedürfnis für sich auf einer 5-Punkte-Likert Skala nach ihrer Wichtigkeit bewerten lassen.

6.2 Der mögliche Einfluss des Erlebens der Realität auf die Einstufung der Wichtigkeit

Interessant ist, betrachtet man die Ergebnisse, dass gerade die Items, die über „das Notwendige hinausgehen“ als nicht so prioritär gereiht werden, bzw. auffallend viele Items der Dimension „Information und Förderung“ zugeordnet werden. Dies erklärt sich zum einen durch die prioritäre Stellung der fachlichen Sicherheit im Akutbereich, zum anderen stellt sich doch auch die Frage nach dem Einfluss gelebter Realität auf die Einstufung der Wichtigkeit. Gerade Aspekte wie die Information, Beratung, Anleitung und Empowerment sind zwar in der Theorie wichtige und zentrale Bereiche der Onkologie, die in der Realität eines Akutkrankenhauses jedoch noch nicht (oder nur in ersten Ansätzen) seitens der Pflege gelebt werden, bzw. werden können. Hier liegt der Schluss nahe, dass die PatientInnen Handlungen oder Tätigkeitsbereiche, die sie seitens der Pflege noch nicht erleben (bzw. auch nicht als deren Aufgabe wahrnehmen) in der Reihung der Prioritäten hinten anstellen. Diese Vermutung wurde auch durch Reaktionen der PatientInnen während der Befragung gestützt (z.B. wenn Items aus diesem Bereich mit der Bemerkung „Das ist ja in einem Krankenhaus eh nicht möglich“ hinten angereiht wurden).

6.3 Caring als mehrdimensionales Konstrukt

Auch wenn sich eine eindeutige Positionierung auf der Ebene der Dimensionen zeigt, so gibt es doch immer wieder innerhalb der einzelnen Dimensionen Items, die „aus dem Rahmen fallen“. Das heißt, dass bestimmte Items mit den höchsten Zustimmungen zwar gewissen caring-Dimensionen zugeordnet werden können, und sich dadurch auch statistisch ein Schwerpunkt auf einzelne Dimensionen erkennen lässt - trotzdem sticht keine der Dimensionen einzeln und signifikant hervor.

Hier zeigt sich, dass es schwierig ist, die Ergebnisse einer erzwungenen Priorisierung einzig auf der Ebene der Dimensionen zu interpretieren (auch wenn sich Schwerpunkte erkennen ließen).

Bei der Faktorenanalyse, die anhand der in dieser Studie erzielten Ergebnisse durchgeführt wurde, konnte kein eindeutiges Konstrukt erkannt werden. Es bildeten sich weder die vorgegebenen sechs Dimensionen eindeutig ab, noch konnten neue eindeutige Dimensionen entwickelt werden.

Daraus kann abgeleitet werden, dass caring ein mehrdimensionales Konstrukt ist, das in allen seinen sechs Dimensionen erfasst und gelebt werden muss. Einzelne Bedürfnisse (auf der Ebene einzelner Items) bekommen mehr Gewicht, als andere, trotzdem würde ein verzerrtes Bild entstehen, wenn man grundsätzlich eine ganze Dimension an sich als „unwichtig“ einstuft.

Der Inhalt des caring-Konzeptes als Gesamtes wird eben durch beide Teile professioneller Pflege abgebildet - fachliche Fertigkeiten ebenso wie fürsorgliche Tätigkeiten (Watson, 2009). Daher darf caring - wie auch Finfgeld-Connett (2008) betont - nicht als ein eindimensionales Phänomen betrachtet werden, sondern vielmehr als ein Konstrukt, welches aus mehreren Teilkomponenten besteht und sowohl eine fachliche Kompetenz als auch eine fürsorgliche Haltung gleichermaßen beinhaltet.

6.4 Das Krankenhaus als Institution prägt die Wahrnehmung und die Bedürfnisse

Mit der vorliegenden Untersuchung wollte man der Frage nachgehen, ob sich „caring-Bedürfnisse onkologisch erkrankter Menschen im Krankenhaus unterscheiden, je nachdem in welchem Stadium der Erkrankung sich diese befinden“. Es zeigt sich jedoch, dass es nahezu keine signifikanten Unterschiede der caring-Prioritäten im Zusammenhang mit dem Setting gibt, in welchem sich die PatientInnen befinden. Angesichts dieses Ergebnisses muss man sich die kritische Frage stellen, ob das „Setting“ (postoperativ, behandlungszentriert, palliativ) innerhalb eines Akutkrankenhauses wirklich dazu geeignet ist, die Bedürfnisse in den unterschiedlichen Stadien der Erkrankung zu repräsentieren oder ob die Ergebnisse nicht von einem anderen Umstand überlagert wurden.

Der Schluss liegt nahe, dass ein Akutkrankenhaus an sich ein so stark prägendes „Setting“ in sich selbst ist, das als solches insgesamt die Bedürfnisse der PatientInnen prägt und sich dadurch keine Unterschiede (wenn solche vorhanden wären) feststellen ließen. Bereits der Soziologe Erving Goffmann beschreibt unter dem Begriff der „totalen Institution“ unter anderem das Krankenhaus als eine Institution, die spezifische Merkmale beinhaltet und ein bestimmtes Verhalten der darin lebenden Individuen hervorruft (Esser, 2000). Alle Aktivitäten solcher „Institutionen“ sind danach ausgerichtet, das Ziel der Einrichtung zu erreichen, sind genau geplant und unterliegen einem institutionellen Regelsystem, das kaum individuelle Anpassung zulässt, was dazu führt, dass sich die in der Institution lebenden Menschen an die Gegebenheiten anpassen müssen und dies auch tun, wenn sie in dieser Institution „überleben“ wollen (Goffmann, 1972).

Der Vergleich mit der totalen Institution, wie Goffmann sie beschreibt, mag in manchen Bereichen sehr radikal sein, jedoch darf man sie in dem Fall dieser Untersuchung nicht außer Acht lassen, wenn man die Ergebnisse interpretiert. Die große Übereinstimmung in den Bedürfnissen (noch dazu in Bezug auf die Priorisierung von fachlicher Sicherheit und Verfügbarkeit), legen den Schluss nahe, dass hier die Institution insgesamt das bestimmende Element ist und relativieren den Rückschluss von den Settings innerhalb der Institution Akutkrankenhaus auf die „Stadien“ einer Krebserkrankung. Interessant wäre hier ein Vergleich mit Daten aus dem ambulanten Bereich, die aber leider nicht vorliegen.

6.5 Sehr hohe Zufriedenheitswerte

Die grundsätzlich sehr hohen Zufriedenheitswerte der PatientInnen, die sich durch die Erhebung mit dem CARE/SAT Fragebogen zeigten, sind sicher in erster Linie als positives Ergebnis im Sinne, dass die Erwartungen der PatientInnen bezüglich der Pflege in großem Ausmaß befriedigt werden, zu werten.

Eine hohe PatientInnenzufriedenheit ist ein Phänomen, das sich immer wieder im Rahmen von Untersuchungen im Krankenhaus- oder Pflegeheimbereich zeigt. Dabei ist auch hier wieder auf die Theorie von Goffmann zu verweisen, in der als typisches Merkmal das Abhängigkeitsverhältnis der in der Institution Verweilenden (PatientInnen) gegenüber den Angestellten beschrieben wird, welches oftmals dazu führt, dass die eigenen Ansprüche heruntergeschraubt werden (Hanisch-Berndt, 2005). Bemerkbar hat sich bei der vorliegenden Untersuchung dieses Abhängigkeitsverhältnis bei der Prioritätenbefragung gemacht (da diese ja einen mündliche war und daher Reaktionen der PatientInnen erfasst werden konnten). Einige PatientInnen forderten quasi nach der Befragung eine nochmalige mündliche Bestätigung, dass die Befragung keinerlei Auswirkung auf die Qualität ihrer Pflege während des Krankenhausaufenthalts hat.

Im Zusammenhang der hohen Zufriedenheit mit der Erfüllung muss auch die hohe Übereinstimmung zwischen den Prioritäten der PatientInnen und der Einschätzung der Erfüllung betont werden, die in dieser Befragung ohne, dass diese beiden Dinge in unmittelbaren Zusammenhang erfragt wurden und es sich nicht zwangsläufig um dieselben Personen handelt, festgestellt werden konnte.

Das, was prioritär ist, wird auch in sehr hohem Maße erfüllt. Nun lässt sich hier der Schluss ziehen, dass es den Pflegenden gelingt, genau das zu erfüllen, was den PatientInnen am wichtigsten ist, andererseits könnte man aber auch behaupten, dass das als wichtig eingestuft wird, was man in hohem Maße als erfüllt erlebt.

6.6 Caring als stark internalisierte Haltung bei den Pflegenden

Allen caring-Bedürfnissen „immer“ gerecht zu werden scheint in der Realität nahezu unmöglich, dennoch zeigt sich gerade bei der Befragung der Pflegenden eine durchgehend hohe Zustimmung bei der Erfüllbarkeit der Bedürfnisse. Diese verweist mehr auf eine Haltung der Pflegenden als auf konkrete Handlungen in jeder Situation. Wie auch Schmid-Büchi betont, präsentiert sich caring *„als moralisches Ideal der Pflege mit dem Anliegen die Humanität und Würde zu wahren (...)“* (Schmid-Büchi, 2001). Wenn caring als moralisches Ideal das Selbst- und Pflegeverständnis der Pflegenden prägt, so ist es sehr schwer, das Unvermögen dies in der Realität auch zu erfüllen einzugestehen, d.h. die Antworten können den (eigenen) Wunsch der Pflegepersonen widerspiegeln. Erwünschtheit als ein beeinflussender Faktor bei Befragungen ist ein bekanntes und oft beobachtetes Phänomen. In diesem Fall scheint nicht nur eine soziale Erwünschtheit (von außen), sondern auch die eigene ein prägendes Element zu sein. Dies sind Erfahrungen, die sich auch in anderen Untersuchungen zeigen, wie hier eine Pflegenden, die im Rahmen der Studie von Tuckett et al., caring-Bedürfnisse reihen musste, deutlich macht: *„Whilst I answered the questionnaire in the most part as stating that most of the issues were most important it is often difficult to prioritise on any given day and to give each and every resident the attention they need due to staffing limitations, time constraints, etc.“* (Tuckett et al., 2009)

7 METHODISCHE REFLEXION UND GRENZEN DER STUDIE

7.1 Das Instrument und Einsatz der Q-Sort Methode

Q-Sort Methode hat sich in dieser Untersuchung als eine sehr zeitintensive und für kranke Menschen doch auch anstrengende Messmethode herausgestellt.

Dies hat natürlich auch Auswirkungen auf die Größe und Zusammensetzung der Stichprobe. Zum einen, da für jede Erhebung zwischen 30 Minuten und einer Stunde (!) Zeit seitens der Forscherin investiert werden musste und zwangsläufig (trotz des langen Erhebungszeitraums) die Anzahl der Befragungen auf das statistisch notwendige Minimum beschränkt werden musste. Zum anderen weil durch die Komplexität der Methode und auch durch die Dauer vor allem solche PatientInnen, die in einem eher schlechten Zustand waren, nicht einbezogen werden konnten.

Das Kärtchen- Schachtelsystem hat sich insofern bewährt, als dass es durch die Möglichkeit des „Umordnens und Verschiebens“ und der Visualisierung half, die sonst sehr hohe Abstraktionsleistung und den Grad der Komplexität der Untersuchungsmethode zu reduzieren.

Eine wichtige Rolle spielt dabei auch die Forscherin, die hier als sehr unterstützend wahrgenommen wurde. Dabei ist aber zu beachten, dass es nur zu einer Unterstützung im Zuordnungsprozess, aber zu keiner inhaltlichen Einflussnahme kommt.

7.2 Erzwungene Priorisierung

Kritisch zu betrachten ist bei der Verwendung der Q-Sort Methode die erzwungene Priorisierung, die in ihrer Aussage eine Form der „Künstlichkeit“ annimmt und auch in diesem Sinne interpretiert werden muss. Denn in der Realität muss man sich eben nicht entscheiden, ob man lieber „fachliche Sicherheit“ oder das Sorgen für „Wohlbefinden“ haben möchte. Außerdem scheint es nur allzu logisch, dass zwangsläufig jene Dimensionen, bei denen es um „etwas geht“ (manchmal sogar um das Leben) wie sie in den Items zur „fachlichen Sicherheit“ oder „Verfügbarkeit“ ausgedrückt werden, im Vordergrund stehen, wenn man wählen muss.

7.3 Care-Q als gutes Abbild des Konstrukts „caring“ in all seinen Dimensionen

Setzt man die Items der CARE-Q Scale zur Messung mittels einer Likert Skala, so erhält man kaum Differenzierungen zwischen den einzelnen Items (d.h. sehr hohe Zustimmung zu allen Items), wie bereits andere Untersuchungen zeigen (z.B. Larson, 2003).

Dies legt den Schluss nahe, dass es sich bei der CARE-Q Scale um ein Messinstrument handelt, das das Konstrukt caring in einer sehr guten Weise abbildet und alle wichtigen Dimensionen berücksichtigt, bzw. bereits auf diese verdichtet ist. Grundsätzlich ist dies im Sinne der Inhaltsvalidität eine sehr gute Eigenschaft für ein Messinstrument, bringt aber das Problem mit sich, dass es beim praktischen Einsatz – verwendet man die üblichen Likert Skalierungen zur Bewertung (von „sehr wichtig“ bis „unwichtig“) - kaum mehr Differenzierungen bringt und mit dieser Methode nicht mehr nutzbar ist. Vorsichtig gesagt: je besser validiert ein Instrument ist, je besser es alle Dimensionen eines zu messenden Phänomens abbildet und verdichtet, desto weniger kann es für eine Differenzierung der Wichtigkeiten innerhalb eines Phänomens eingesetzt werden – außer man bedient sich der Q-Sort Methode und erzwingt eine Priorisierung.

7.4 Quantifizierbarkeit und Quantifizierung von caring-Bedürfnissen

Bei der Quantifizierung von caring-Bedürfnissen stößt man trotz allem immer wieder an Grenzen. Zum einen durch die Formulierung der Items, die nicht immer eindeutig waren (oder manchmal zwei Dimensionen in einem beinhalteten). Bereits von Essen & Sjöden (1991) führen an, dass einige der caring-Items zu unpräzise formuliert sind und daher einen großen Spielraum für Interpretationen zulassen, die sich wiederum gruppenspezifisch unterscheiden können. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurde diese Problematik bei der Prioritätenbefragung - die ja mündlich durchgeführt wurde - deutlich, da bei einigen Items immer wieder seitens der PatientInnen nachgefragt wurde, was unter diesem Statement genau verstanden werden kann.

Diese Problematik wurde zwar bereits beim Übersetzungsprozess durchaus kritisch diskutiert, doch wäre der Versuch diese „Schwächen“ auszugleichen ein deutlicher Schritt weg vom Originalinstrument gewesen. Bei Untersuchungen, bei denen man auf ein bestimmtes Instrument zurückgreift und dies aus Gründen der Vergleichbarkeit der Daten und Aussagen einsetzt, steht man daher immer vor der Problematik des Umgangs mit „Schwächen“ auf der Ebene der Itemformulierung.

Zum anderen geht es um eine prinzipielle Frage, die in diesem Zusammenhang zu diskutieren ist. Das Messen von caring stellt sich weniger problematisch auf der Ebene der

Operationalisierung und Konstruktion von Messinstrumenten dar, sondern eher im Zusammenhang mit der Frage, inwieweit dies überhaupt „möglich“ und „sinnvoll“ ist. Denn folgt man der Aussage, dass sich caring in Haltung und Handlung repräsentiert, die einander beeinflussen, führt das Isolieren der einzelnen Dimensionen, die dies ausmachen, zwangsläufig zu einem Widerspruch in sich.

Ob es überhaupt um die Frage einer Priorisierung von caring-Bedürfnissen geht, bzw. gehen soll sondern vielmehr um die Frage danach, wann welches Bedürfnis in den Vordergrund tritt, was dies auslöst etc. (d.h. ein tieferes Verstehen der caring Bedürfnisse), ist zu diskutieren.

7.5 Stichprobengröße und Übertragbarkeit

Die Größe der Stichprobe und ihre Übertragbarkeit auf andere Populationen ist bei jeder Studie, die nicht unter den strengen Kriterien der Repräsentativität (z.B. durch eine Zufallsauswahl) zustande gekommen ist, Anlasspunkt kritischer Reflexion. Davon ist diese Untersuchung auch nicht ausgenommen, zumal sie nur in einem Krankenhaus durchgeführt wurde. Dieser Umstand war durch die Art der Finanzierung und durch das spezielle Interesse der Pflegedirektion dieses Krankenhauses an einer Erhebung bedingt. Die Ergebnisse beziehen sich also in erster Linie auf das Krankenhaus Hietzing in Wien. Da die TeilnehmerInnen nicht nach dem Zufallsprinzip ausgewählt wurden, ist es müßig den Begriff der Repräsentativität zu strapazieren. Vergleicht man die Stichprobeneigenschaften der TeilnehmerInnen mit jenen der onkologisch erkrankten Menschen des untersuchten Krankenhauses im Allgemeinen, so lässt sich erkennen, dass die Stichprobe diese sehr gut widerspiegelt. Daher ist eine Verallgemeinerung dieser Daten im Rahmen des untersuchten Krankenhauses durchaus möglich. Da die Ergebnisse eine sehr hohe Übereinstimmung mit den Ergebnissen anderer Studien in Bezug auf die Wichtigkeit von caring-Bedürfnissen von krebserkrankten Menschen zeigen, trägt diese Studie auch dazu bei, Aussagen über caring-Bedürfnisse auf einer allgemeinen Ebene zu verdichten.

Zu beachten ist aber die deutlich geringere Stichprobengröße im Bereich der Palliativstation (Prioritätenbefragung: n= 30; Zufriedenheitsbefragung: n= 16; Erfüllbarkeitsbefragung: n= 9) im Vergleich zum postoperativen und behandlungszentrierten Setting (Prioritätenbefragung: n= 60/n= 33, Zufriedenheitsbefragung: n=

56/n= 32; Erfüllbarkeitsbefragung: n= 88/ n = 71). Das Fehlen signifikanter Unterschiede zwischen dem Palliativ-Bereich und den anderen beiden Bereichen könnte daher auch auf den Stichprobengrößenunterschied zurückzuführen sein (Beta-Fehler).

Wie schon beim Fazit diskutiert wurde, muss man auch sehr vorsichtig mit dem Rückschluss vom Setting auf das Stadium der Erkrankung sein.

8 EMPFEHLUNGEN

8.1 Empfehlungen für die Praxis

In Anbetracht der Ergebnisse der Studie ergeben sich einige Konsequenzen für die Praxis und Forschung, die auf sehr unterschiedlichen Ebenen und unterschiedlichem Grad der Abstraktion anzusiedeln sind. Es folgen deshalb anschließend einige Empfehlungen, die aus der Sicht der Autorinnen in Anbetracht der Ergebnisse relevant sind.

- Fachliche Sicherheit zu vermitteln und Verfügbarkeit zu gewährleisten ist eine wichtige Grundlage, damit die mehr emotionalen caring-Dimensionen bei den PatientInnen ankommen und als wichtig gesehen werden können.
- Die Aufgabe der Information, Beratung und Anleitung muss sichtbarer gemacht und strukturierter in den Alltag eingebaut werden, damit sie von den PatientInnen überhaupt als eine mögliche Aufgabe der Pflege wahrgenommen wird, sie genutzt und auch ihre Bedeutung abgeschätzt werden kann. Dabei sollte jedoch berücksichtigt werden, dass die Art und der Umfang von Information von der *Phase*, in der sich die Betroffenen befinden, abhängig ist. Ebenso müssen *genderspezifische*, sowie *altersspezifische* Besonderheiten Berücksichtigung finden.
- Gerade in Situationen, wie dem behandlungszentrierten Setting, wo die PatientInnen meist „selbstständig sind“, darf nicht übersehen werden, dass diese - schon aufgrund ihrer Grunderkrankung und der Ängste, Sorgen und auch Nebenwirkungen der Therapien – viel an Zuwendung und Aufmerksamkeit brauchen. Das Gefühl von Vertrauen zu vermitteln ist hier sehr zentral.
- Pflegende haben caring als Haltung sehr stark internalisiert und es ist dadurch ein wesentlicher Teil ihres professionellen Selbstverständnisses geworden. Um Frustration und Ausbrennen zu vermeiden, sollte analysiert werden, wo Barrieren liegen, die verhindern, dass diese ausgelebt werden können und in weiterer Folge sollen Strategien entwickelt werden, wie diese Haltungen gelebt werden können. Gerade die Schnittstellen im mitverantwortlichen Bereich verdienen hier eine besondere Beachtung.

8.2 Forschungsbedarf

Die vorliegende Studie regt auch zu vielen weiterführenden Fragestellungen für die Forschung an.

Folgestudien sollten sich zum einen mit dem tieferen „*Verstehen von caring-Bedürfnissen*“ und den dahinter liegenden Prozessen beschäftigen.

Das Erheben der *caring-Bedürfnisse* bzw. der Prioritäten von krebserkrankten Menschen *außerhalb des institutionellen Kontextes* scheint angesichts der immer noch offenen Frage, ob die unterschiedlichen Krankheitsphasen als beeinflussende Faktoren auftreten, ein zentraler Punkt.

Forschungsbedarf gibt es auch bezüglich der *Berücksichtigung der kulturellen Dimension von caring und caring-Bedürfnissen*. Dabei sind sowohl Fragen die Grundlagen betreffend (Bedeutung von caring) angesprochen, als auch die Anpassung und Übersetzung von Instrumenten. In weiterer Folge stellt sich auch das Erheben von Daten zu speziellen Zielgruppen, die bisher aus „Sprachgründen“ nicht berücksichtigt wurden und mit denen oft ein anderer kultureller Hintergrund verbunden ist, als interessanter Forschungsbereich dar.

Nicht zuletzt gibt es auch einen Bedarf in der *Entwicklung eines „caring-Monitoring“ Instruments* zur Qualitätssicherung, das nicht auf den traditionellen Selbstausfüller-Fragebögen basiert. (Auch in dieser Untersuchung hat sich wie bereits in anderen herausgestellt, dass dieses Instrument aufgrund der verschiedenen Einflussfaktoren alleine kein differenziertes Bild zeichnen kann.)

9 ANHANG

9.1 Tabellenanhang

Prioritätenbefragung

- Wichtigste caring-Bedürfnisse nach Setting
Postoperativ
Behandlungszentriert
Palliativ
- Wichtigkeit nach Geschlecht
- Wichtigkeit nach Alter und Aufenthaltsdauer
- Wichtigkeit nach Bildung
- Korrelative Beziehungen zwischen caring-Bedürfnissen
- Faktoranalyse caring-Bedürfnisse (forced 6 Dimensionen)

Erfüllungsbefragung

- Erfüllung nach Setting
Postoperativ
Behandlungszentriert
Palliativ
- Erfüllung nach Geschlecht
- Erfüllung nach Alter und Aufenthaltsdauer
- Erfüllung nach Bildung

Erfüllbarkeitsbefragung

- Erfüllbarkeit nach Setting
Postoperativ
Behandlungszentriert
Palliativ
- Erfüllbarkeit nach Geschlecht
- Erfüllbarkeit nach Alter und Tätigkeitsdauer
- Erfüllbarkeit nach Bildung

9.1.1 Prioritätenbefragung

| | 1 sehr wichtig | | 2 eher wichtig | | 3 weder wichtig noch unwichtig | | 4 eher unwichtig | | 5 unwichtig | |
|--|----------------|-----------------------|----------------|-----------------------|--------------------------------|-----------------------|------------------|-----------------------|-------------|-----------------------|
| | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) |
| q1 Zugehen auf PatientIn | 14 | 9,6% | 38 | 26,0% | 68 | 46,6% | 22 | 15,1% | 4 | 2,7% |
| q2 Zeitgerechte Behandlung | 11 | 7,5% | 45 | 30,8% | 65 | 44,5% | 19 | 13,0% | 6 | 4,1% |
| q3 regelmäßiges nach dem Patienten sehen | 3 | 2,1% | 41 | 28,1% | 59 | 40,4% | 33 | 22,6% | 10 | 6,8% |
| q4 rasche Reaktion auf Läuten | 19 | 13,0% | 41 | 28,1% | 56 | 38,4% | 26 | 17,8% | 4 | 2,7% |
| q5 Ermutigung zu läuten | 2 | 1,4% | 22 | 15,1% | 71 | 48,6% | 36 | 24,7% | 15 | 10,3% |
| q6 Information über Unterstützungsangebote | 2 | 1,4% | 13 | 8,9% | 61 | 41,8% | 46 | 31,5% | 24 | 16,4% |
| q7 Anbieten von Informationen | 15 | 10,3% | 44 | 30,1% | 69 | 47,3% | 12 | 8,2% | 6 | 4,1% |
| q8 Erklärung pflegerischer Aspekte | 5 | 3,4% | 41 | 28,1% | 67 | 45,9% | 26 | 17,8% | 7 | 4,8% |
| q9 Anleitung zur Selbstversorgung | 8 | 5,5% | 25 | 17,1% | 63 | 43,2% | 40 | 27,4% | 10 | 6,8% |
| q10 Vorbereitung von Fragen für Arzt | 1 | ,7% | 16 | 11,0% | 54 | 37,0% | 45 | 30,8% | 30 | 20,5% |
| q11 angenehme Bedingungen schaffen | 5 | 3,4% | 23 | 15,8% | 75 | 51,4% | 31 | 21,2% | 12 | 8,2% |
| q12 Unterstützung Positives zu sehen | 20 | 13,7% | 27 | 18,5% | 68 | 46,6% | 26 | 17,8% | 5 | 3,4% |
| q13 Wissen über belastende Situationen und zeitgerechte Reaktion | 9 | 6,2% | 49 | 33,6% | 69 | 47,3% | 15 | 10,3% | 4 | 2,7% |
| q14 Wahrnehmen der Bedürfnisse | 2 | 1,4% | 13 | 8,9% | 77 | 52,7% | 43 | 29,5% | 11 | 7,5% |
| q15 Unterstützung beim Festlegen von Zielen | 2 | 1,4% | 15 | 10,3% | 67 | 45,9% | 43 | 29,5% | 19 | 13,0% |
| q16 Unterstützung bei Klärung und Ordnung von Gedanken | 4 | 2,7% | 20 | 13,7% | 81 | 55,5% | 35 | 24,0% | 6 | 4,1% |
| q17 Bestärkung Fragen zu stellen | 2 | 1,4% | 15 | 10,3% | 61 | 41,8% | 53 | 36,3% | 15 | 10,3% |
| q18 höchste Priorität des Patienten | 15 | 10,3% | 33 | 22,6% | 68 | 46,6% | 25 | 17,1% | 5 | 3,4% |
| q19 Gefühl von Vertrauen ermitteln | 24 | 16,4% | 35 | 24,0% | 65 | 44,5% | 17 | 11,6% | 5 | 3,4% |
| q20 Sprechen über Gefühle ermöglichen | 7 | 4,8% | 23 | 15,8% | 70 | 47,9% | 35 | 24,0% | 11 | 7,5% |
| q21 gleichbleibender herzlicher und respektvoller Umgang | 8 | 5,5% | 44 | 30,1% | 69 | 47,3% | 24 | 16,4% | 1 | ,7% |
| q22 Einzigartigkeit wahrnehmen | 10 | 6,8% | 18 | 12,3% | 70 | 47,9% | 38 | 26,0% | 10 | 6,8% |
| q23 professionelles Erscheinungsbild | 4 | 2,7% | 17 | 11,6% | 55 | 37,7% | 43 | 29,5% | 27 | 18,5% |
| q24 gut organisiert sein | 11 | 7,5% | 42 | 28,8% | 67 | 45,9% | 22 | 15,1% | 4 | 2,7% |
| q25 Sicherheit in Verabreichung therapeutischer Maßnahmen | 42 | 28,8% | 48 | 32,9% | 42 | 28,8% | 13 | 8,9% | 1 | ,7% |
| q26 gelassen sein | 7 | 4,8% | 15 | 10,3% | 67 | 45,9% | 39 | 26,7% | 18 | 12,3% |
| q27 den Bedürfnissen entsprechende Pflege | 5 | 3,4% | 25 | 17,1% | 73 | 50,0% | 27 | 18,5% | 16 | 11,0% |
| q28 Informationsaustausch zwischen Pflegepersonen | 3 | 2,1% | 32 | 21,9% | 70 | 47,9% | 36 | 24,7% | 5 | 3,4% |
| q29 Wissen wann Arzt nötig ist | 32 | 21,9% | 56 | 38,4% | 52 | 35,6% | 5 | 3,4% | 1 | ,7% |

Tabelle 11: Wichtigkeit der caring-Bedürfnisse

(q1-q5 = „Verfügbarkeit“; q6-q10 = „Information und Förderung“; q11-q12 = „Wohlbefinden schaffen“; q13-q14 = „Vorausschauen“; q15-q22 = „Vertrauensvolle Beziehung“; q23-q29 = „Fachliche Sicherheit“)

Wichtigste caring-Bedürfnisse nach Setting

postoperativ

| | 1 sehr wichtig | | 2 eher wichtig | | 3 weder wichtig noch unwichtig | | 4 eher unwichtig | | 5 unwichtig | |
|--|----------------|-----------------------|----------------|-----------------------|--------------------------------|-----------------------|------------------|-----------------------|-------------|-----------------------|
| | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) |
| q1 Zugehen auf PatientIn | 4 | 6,7% | 19 | 31,7% | 28 | 46,7% | 7 | 11,7% | 2 | 3,3% |
| q2 Zeitgerechte Behandlung | 5 | 8,3% | 21 | 35,0% | 26 | 43,3% | 6 | 10,0% | 2 | 3,3% |
| q3 regelmäßiges nach dem Patienten sehen | 1 | 1,7% | 15 | 25,0% | 24 | 40,0% | 13 | 21,7% | 7 | 11,7% |
| q4 rasche Reaktion auf Läuten | 6 | 10,0% | 16 | 26,7% | 27 | 45,0% | 10 | 16,7% | 1 | 1,7% |
| q5 Ermutigung zu läuten | 2 | 3,3% | 8 | 13,3% | 34 | 56,7% | 12 | 20,0% | 4 | 6,7% |
| q6 Information über Unterstützungsangebote | 1 | 1,7% | 5 | 8,3% | 26 | 43,3% | 21 | 35,0% | 7 | 11,7% |
| q7 Anbieten von Informationen | 6 | 10,0% | 18 | 30,0% | 31 | 51,7% | 4 | 6,7% | 1 | 1,7% |
| q8 Erklärung pflegerischer Aspekte | 3 | 5,0% | 11 | 18,3% | 30 | 50,0% | 10 | 16,7% | 6 | 10,0% |
| q9 Anleitung zur Selbstversorgung | 5 | 8,3% | 10 | 16,7% | 28 | 46,7% | 14 | 23,3% | 3 | 5,0% |
| q10 Vorbereitung von Fragen für Arzt | 0 | ,0% | 6 | 10,0% | 22 | 36,7% | 15 | 25,0% | 17 | 28,3% |
| q11 angenehme Bedingungen schaffen | 2 | 3,3% | 10 | 16,7% | 29 | 48,3% | 14 | 23,3% | 5 | 8,3% |
| q12 Unterstützung Positives zu sehen | 10 | 16,7% | 13 | 21,7% | 26 | 43,3% | 8 | 13,3% | 3 | 5,0% |
| q13 Wissen über belastende Situationen und zeitgerechte Reaktion | 5 | 8,3% | 20 | 33,3% | 24 | 40,0% | 10 | 16,7% | 1 | 1,7% |
| q14 Wahrnehmen der Bedürfnisse | 2 | 3,3% | 8 | 13,3% | 30 | 50,0% | 17 | 28,3% | 3 | 5,0% |
| q15 Unterstützung beim Festlegen von Zielen | 0 | ,0% | 5 | 8,3% | 29 | 48,3% | 18 | 30,0% | 8 | 13,3% |
| q16 Unterstützung bei Klärung und Ordnung von Gedanken | 2 | 3,3% | 5 | 8,3% | 35 | 58,3% | 17 | 28,3% | 1 | 1,7% |
| q17 Bestärkung Fragen zu stellen | 0 | ,0% | 5 | 8,3% | 21 | 35,0% | 27 | 45,0% | 7 | 11,7% |
| q18 höchste Priorität des Patienten | 6 | 10,0% | 16 | 26,7% | 25 | 41,7% | 11 | 18,3% | 2 | 3,3% |
| q19 Gefühl von Vertrauen vermitteln | 9 | 15,0% | 9 | 15,0% | 31 | 51,7% | 10 | 16,7% | 1 | 1,7% |
| q20 Sprechen über Gefühle ermöglichen | 3 | 5,0% | 11 | 18,3% | 25 | 41,7% | 16 | 26,7% | 5 | 8,3% |
| q21 gleichbleibender herzlicher und respektvoller Umgang | 4 | 6,7% | 18 | 30,0% | 26 | 43,3% | 12 | 20,0% | 0 | ,0% |
| q22 Einzigartigkeit wahrnehmen | 1 | 1,7% | 7 | 11,7% | 30 | 50,0% | 18 | 30,0% | 4 | 6,7% |
| q23 professionelles Erscheinungsbild | 4 | 6,7% | 8 | 13,3% | 21 | 35,0% | 17 | 28,3% | 10 | 16,7% |
| q24 gut organisiert sein | 2 | 3,3% | 21 | 35,0% | 28 | 46,7% | 8 | 13,3% | 1 | 1,7% |
| q25 Sicherheit in Verabreichung therapeutischer Maßnahmen | 15 | 25,0% | 18 | 30,0% | 21 | 35,0% | 5 | 8,3% | 1 | 1,7% |
| q26 gelassen sein | 5 | 8,3% | 6 | 10,0% | 27 | 45,0% | 12 | 20,0% | 10 | 16,7% |
| q27 den Bedürfnissen entsprechende Pflege | 3 | 5,0% | 8 | 13,3% | 33 | 55,0% | 12 | 20,0% | 4 | 6,7% |
| q28 Informationsaustausch zwischen Pflegepersonen | 1 | 1,7% | 15 | 25,0% | 26 | 43,3% | 14 | 23,3% | 4 | 6,7% |
| q29 Wissen wann Arzt nötig ist | 13 | 21,7% | 28 | 46,7% | 18 | 30,0% | 1 | 1,7% | 0 | ,0% |

Tabelle 12: Wichtigkeit der caring-Bedürfnisse postoperatives Setting

(q1-q5 = „Verfügbarkeit“; q6-q10 = „Information und Förderung“; q11-q12 = „Wohlbefinden schaffen“; q13-q14 = „Vorausschauen“; q15-q22 = „Vertrauensvolle Beziehung“; q23-q29 = „Fachliche Sicherheit“)

Behandlungszentriert

| | 1 sehr wichtig | | 2 eher wichtig | | 3 weder wichtig noch unwichtig | | 4 eher unwichtig | | 5 unwichtig | |
|--|----------------|-----------------------|----------------|-----------------------|--------------------------------|-----------------------|------------------|-----------------------|-------------|-----------------------|
| | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) |
| q1 Zugehen auf PatientIn | 8 | 14,3% | 11 | 19,6% | 24 | 42,9% | 11 | 19,6% | 2 | 3,6% |
| q2 Zeitgerechte Behandlung | 6 | 10,7% | 11 | 19,6% | 25 | 44,6% | 10 | 17,9% | 4 | 7,1% |
| q3 regelmäßiges nach dem Patienten sehen | 2 | 3,6% | 20 | 35,7% | 19 | 33,9% | 13 | 23,2% | 2 | 3,6% |
| q4 rasche Reaktion auf Läuten | 7 | 12,5% | 19 | 33,9% | 16 | 28,6% | 12 | 21,4% | 2 | 3,6% |
| q5 Ermutigung zu läuten | 0 | ,0% | 9 | 16,1% | 29 | 51,8% | 12 | 21,4% | 6 | 10,7% |
| q6 Information über Unterstützungsangebote | 1 | 1,8% | 5 | 8,9% | 23 | 41,1% | 16 | 28,6% | 11 | 19,6% |
| q7 Anbieten von Informationen | 6 | 10,7% | 19 | 33,9% | 20 | 35,7% | 7 | 12,5% | 4 | 7,1% |
| q8 Erklärung pflegerischer Aspekte | 2 | 3,6% | 22 | 39,3% | 20 | 35,7% | 11 | 19,6% | 1 | 1,8% |
| q9 Anleitung zur Selbstversorgung | 2 | 3,6% | 8 | 14,3% | 23 | 41,1% | 19 | 33,9% | 4 | 7,1% |
| q10 Vorbereitung von Fragen für Arzt | 1 | 1,8% | 7 | 12,5% | 20 | 35,7% | 20 | 35,7% | 8 | 14,3% |
| q11 angenehme Bedingungen schaffen | 1 | 1,8% | 8 | 14,3% | 33 | 58,9% | 11 | 19,6% | 3 | 5,4% |
| q12 Unterstützung Positives zu sehen | 5 | 8,9% | 7 | 12,5% | 32 | 57,1% | 11 | 19,6% | 1 | 1,8% |
| q13 Wissen über belastende Situationen und zeitgerechte Reaktion | 2 | 3,6% | 18 | 32,1% | 31 | 55,4% | 3 | 5,4% | 2 | 3,6% |
| q14 Wahrnehmen der Bedürfnisse | 0 | ,0% | 1 | 1,8% | 33 | 58,9% | 17 | 30,4% | 5 | 8,9% |
| q15 Unterstützung beim Festlegen von Zielen | 1 | 1,8% | 6 | 10,7% | 27 | 48,2% | 13 | 23,2% | 9 | 16,1% |
| q16 Unterstützung bei Klärung und Ordnung von Gedanken | 1 | 1,8% | 8 | 14,3% | 28 | 50,0% | 15 | 26,8% | 4 | 7,1% |
| q17 Bestärkung Fragen zu stellen | 1 | 1,8% | 8 | 14,3% | 25 | 44,6% | 16 | 28,6% | 6 | 10,7% |
| q18 höchste Priorität des Patienten | 3 | 5,4% | 12 | 21,4% | 32 | 57,1% | 6 | 10,7% | 3 | 5,4% |
| q19 Gefühl von Vertrauen v ermitteln | 12 | 21,4% | 21 | 37,5% | 18 | 32,1% | 3 | 5,4% | 2 | 3,6% |
| q20 Sprechen über Gefühle ermöglichen | 3 | 5,4% | 7 | 12,5% | 28 | 50,0% | 13 | 23,2% | 5 | 8,9% |
| q21 gleichbleibender herzlicher und respektvoller Umgang | 3 | 5,4% | 17 | 30,4% | 27 | 48,2% | 9 | 16,1% | 0 | ,0% |
| q22 Einzigartigkeit wahrnehmen | 5 | 8,9% | 7 | 12,5% | 28 | 50,0% | 13 | 23,2% | 3 | 5,4% |
| q23 professionelles Erscheinungsbild | 0 | ,0% | 5 | 8,9% | 27 | 48,2% | 15 | 26,8% | 9 | 16,1% |
| q24 gut organisiert sein | 6 | 10,7% | 16 | 28,6% | 24 | 42,9% | 8 | 14,3% | 2 | 3,6% |
| q25 Sicherheit in Verabreichung therapeutischer Maßnahmen | 21 | 37,5% | 20 | 35,7% | 10 | 17,9% | 5 | 8,9% | 0 | ,0% |
| q26 gelassen sein | 1 | 1,8% | 5 | 8,9% | 29 | 51,8% | 17 | 30,4% | 4 | 7,1% |
| q27 den Bedürfnissen entsprechende Pflege | 1 | 1,8% | 10 | 17,9% | 24 | 42,9% | 11 | 19,6% | 10 | 17,9% |
| q28 Informationsaustausch zwischen Pflegepersonen | 1 | 1,8% | 10 | 17,9% | 29 | 51,8% | 16 | 28,6% | 0 | ,0% |
| q29 Wissen wann Arzt nötig ist | 10 | 17,9% | 19 | 33,9% | 24 | 42,9% | 3 | 5,4% | 0 | ,0% |

Tabelle 13: Wichtigkeit der caring-Bedürfnisse behandlungszentriertes Setting

(q1-q5 = „Verfügbarkeit“; q6-q10 = „Information und Förderung“; q11-q12 = „Wohlbefinden schaffen“; q13-q14 = „Vorausschauen“; q15-q22 = „Vertrauensvolle Beziehung“; q23-q29 = „Fachliche Sicherheit“)

Palliativ

| | 1 sehr wichtig | | 2 eher wichtig | | 3 weder wichtig noch unwichtig | | 4 eher unwichtig | | 5 unwichtig | |
|--|----------------|-----------------------|----------------|-----------------------|--------------------------------|-----------------------|------------------|-----------------------|-------------|-----------------------|
| | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) |
| q1 Zugehen auf PatientIn | 2 | 6,7% | 8 | 26,7% | 16 | 53,3% | 4 | 13,3% | 0 | ,0% |
| q2 Zeitgerechte Behandlung | 0 | ,0% | 13 | 43,3% | 14 | 46,7% | 3 | 10,0% | 0 | ,0% |
| q3 regelmäßiges nach dem Patienten sehen | 0 | ,0% | 6 | 20,0% | 16 | 53,3% | 7 | 23,3% | 1 | 3,3% |
| q4 rasche Reaktion auf Läuten | 6 | 20,0% | 6 | 20,0% | 13 | 43,3% | 4 | 13,3% | 1 | 3,3% |
| q5 Ermutigung zu läuten | 0 | ,0% | 5 | 16,7% | 8 | 26,7% | 12 | 40,0% | 5 | 16,7% |
| q6 Information über Unterstützungsangebote | 0 | ,0% | 3 | 10,0% | 12 | 40,0% | 9 | 30,0% | 6 | 20,0% |
| q7 Anbieten von Informationen | 3 | 10,0% | 7 | 23,3% | 18 | 60,0% | 1 | 3,3% | 1 | 3,3% |
| q8 Erklärung pflegerischer Aspekte | 0 | ,0% | 8 | 26,7% | 17 | 56,7% | 5 | 16,7% | 0 | ,0% |
| q9 Anleitung zur Selbstversorgung | 1 | 3,3% | 7 | 23,3% | 12 | 40,0% | 7 | 23,3% | 3 | 10,0% |
| q10 Vorbereitung von Fragen für Arzt | 0 | ,0% | 3 | 10,0% | 12 | 40,0% | 10 | 33,3% | 5 | 16,7% |
| q11 angenehme Bedingungen schaffen | 2 | 6,7% | 5 | 16,7% | 13 | 43,3% | 6 | 20,0% | 4 | 13,3% |
| q12 Unterstützung Positives zu sehen | 5 | 16,7% | 7 | 23,3% | 10 | 33,3% | 7 | 23,3% | 1 | 3,3% |
| q13 Wissen über belastende Situationen und zeitgerechte Reaktion | 2 | 6,7% | 11 | 36,7% | 14 | 46,7% | 2 | 6,7% | 1 | 3,3% |
| q14 Wahrnehmen der Bedürfnisse | 0 | ,0% | 4 | 13,3% | 14 | 46,7% | 9 | 30,0% | 3 | 10,0% |
| q15 Unterstützung beim Festlegen von Zielen | 1 | 3,3% | 4 | 13,3% | 11 | 36,7% | 12 | 40,0% | 2 | 6,7% |
| q16 Unterstützung bei Klärung und Ordnung von Gedanken | 1 | 3,3% | 7 | 23,3% | 18 | 60,0% | 3 | 10,0% | 1 | 3,3% |
| q17 Bestärkung Fragen zu stellen | 1 | 3,3% | 2 | 6,7% | 15 | 50,0% | 10 | 33,3% | 2 | 6,7% |
| q18 höchste Priorität des Patienten | 6 | 20,0% | 5 | 16,7% | 11 | 36,7% | 8 | 26,7% | 0 | ,0% |
| q19 Gefühl von Vertrauen vermitteln | 3 | 10,0% | 5 | 16,7% | 16 | 53,3% | 4 | 13,3% | 2 | 6,7% |
| q20 Sprechen über Gefühle ermöglichen | 1 | 3,3% | 5 | 16,7% | 17 | 56,7% | 6 | 20,0% | 1 | 3,3% |
| q21 gleichbleibender herzlicher und respektvoller Umgang | 1 | 3,3% | 9 | 30,0% | 16 | 53,3% | 3 | 10,0% | 1 | 3,3% |
| q22 Einzigartigkeit wahrnehmen | 4 | 13,3% | 4 | 13,3% | 12 | 40,0% | 7 | 23,3% | 3 | 10,0% |
| q23 professionelles Erscheinungsbild | 0 | ,0% | 4 | 13,3% | 7 | 23,3% | 11 | 36,7% | 8 | 26,7% |
| q24 gut organisiert sein | 3 | 10,0% | 5 | 16,7% | 15 | 50,0% | 6 | 20,0% | 1 | 3,3% |
| q25 Sicherheit in Verabreichung therapeutischer Maßnahmen | 6 | 20,0% | 10 | 33,3% | 11 | 36,7% | 3 | 10,0% | 0 | ,0% |
| q26 gelassen sein | 1 | 3,3% | 4 | 13,3% | 11 | 36,7% | 10 | 33,3% | 4 | 13,3% |
| q27 den Bedürfnissen entsprechende Pflege | 1 | 3,3% | 7 | 23,3% | 16 | 53,3% | 4 | 13,3% | 2 | 6,7% |
| q28 Informationsaustausch zwischen Pflegepersonen | 1 | 3,3% | 7 | 23,3% | 15 | 50,0% | 6 | 20,0% | 1 | 3,3% |
| q29 Wissen wann Arzt nötig ist | 9 | 30,0% | 9 | 30,0% | 10 | 33,3% | 1 | 3,3% | 1 | 3,3% |

Tabelle 14: Wichtigkeit der caring-Bedürfnisse palliatives Setting

(q1-q5 = „Verfügbarkeit“; q6-q10 = „Information und Förderung“; q11-q12 = „Wohlbefinden schaffen“; q13-q14 = „Vorausschauen“; q15-q22 = „Vertrauensvolle Beziehung“; q23-q29 = „Fachliche Sicherheit“)

Wichtigkeit nach Geschlecht

| | Geschlecht | | | | | | | | | | | |
|--|------------|------|------------------------------|-----|-----------|------|----------|------|------------------------------|-------|-----------|------|
| | männlich | | | | | | weiblich | | | | | |
| | wichtig | | weder wichtig noch unwichtig | | unwichtig | | wichtig | | weder wichtig noch unwichtig | | unwichtig | |
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| q1 Zugehen auf PatientIn | 24 | 37% | 28 | 43% | 13 | 20% | 28 | 35% | 40 | 49,4% | 13 | 16% |
| q2 Zeitgerechte Behandlung | 20 | 31% | 34 | 52% | 11 | 17% | 36 | 44% | 31 | 38,3% | 14 | 17% |
| q3 regelmäßiges nach dem Patienten sehen | 19 | 29% | 27 | 42% | 19 | 29% | 25 | 31% | 32 | 39,5% | 24 | 30% |
| q4 rasche Reaktion auf Läuten | 29 | 45% | 21 | 32% | 15 | 23% | 31 | 38% | 35 | 43,2% | 15 | 19% |
| q5 Ermutigung zu läuten | 12 | 18% | 30 | 46% | 23 | 35% | 12 | 15% | 41 | 50,6% | 28 | 35% |
| q6 Information über Unterstützungsangebote | 4 | 6,2% | 22 | 34% | 39 | 60% | 11 | 14% | 39 | 48,1% | 31 | 38% |
| q7 Anbieten von Informationen | 22 | 34% | 31 | 48% | 12 | 18% | 37 | 46% | 38 | 46,9% | 6 | 7,4% |
| q8 Erklärung pflegerischer Aspekte | 20 | 31% | 35 | 54% | 10 | 15% | 26 | 32% | 32 | 39,5% | 23 | 28% |
| q9 Anleitung zur Selbstversorgung | 15 | 23% | 31 | 48% | 19 | 29% | 18 | 22% | 32 | 39,5% | 31 | 38% |
| q10 Vorbereitung von Fragen für Arzt | 12 | 18% | 23 | 35% | 30 | 46% | 5 | 6,2% | 31 | 38,3% | 45 | 56% |
| q11 angenehme Bedingungen schaffen | 12 | 18% | 31 | 48% | 22 | 34% | 16 | 20% | 44 | 54,3% | 21 | 26% |
| q12 Unterstützung Positives zu sehen | 22 | 34% | 23 | 35% | 20 | 31% | 25 | 31% | 45 | 55,6% | 11 | 14% |
| q13 Wissen über belastende Situationen und zeitgerechte Reaktion | 25 | 38% | 34 | 52% | 6 | 9,2% | 33 | 41% | 35 | 43,2% | 13 | 16% |
| q14 Wahrnehmen der Bedürfnisse | 6 | 9,2% | 35 | 54% | 24 | 37% | 9 | 11% | 42 | 51,9% | 30 | 37% |
| q15 Unterstützung beim Festlegen von Zielen | 6 | 9,2% | 37 | 57% | 22 | 34% | 11 | 14% | 30 | 37,0% | 40 | 49% |
| q16 Unterstützung bei Klärung und Ordnung von Gedanken | 11 | 17% | 39 | 60% | 15 | 23% | 13 | 16% | 42 | 51,9% | 26 | 32% |
| q17 Bestärkung Fragen zu stellen | 10 | 15% | 31 | 48% | 24 | 37% | 7 | 8,6% | 30 | 37,0% | 44 | 54% |
| q18 höchste Priorität des Patienten | 27 | 42% | 24 | 37% | 14 | 22% | 21 | 26% | 44 | 54,3% | 16 | 20% |
| q19 Gefühl von Vertrauen vermitteln | 26 | 40% | 33 | 51% | 6 | 9,2% | 33 | 41% | 32 | 39,5% | 16 | 20% |
| q20 Sprechen über Gefühle ermöglichen | 15 | 23% | 26 | 40% | 24 | 37% | 15 | 19% | 44 | 54,3% | 22 | 27% |
| q21 gleichbleibender herzlicher und respektvoller Umgang | 24 | 37% | 30 | 46% | 11 | 17% | 28 | 35% | 39 | 48,1% | 14 | 17% |
| q22 Einzigartigkeit wahrnehmen | 10 | 15% | 34 | 52% | 21 | 32% | 18 | 22% | 36 | 44,4% | 27 | 33% |
| q23 professionelles Erscheinungsbild | 8 | 12% | 28 | 43% | 29 | 45% | 13 | 16% | 27 | 33,3% | 41 | 51% |
| q24 gut organisiert sein | 27 | 42% | 28 | 43% | 10 | 15% | 26 | 32% | 39 | 48,1% | 16 | 20% |
| q25 Sicherheit in Verabreichung therapeutischer Maßnahmen | 42 | 65% | 17 | 26% | 6 | 9,2% | 48 | 59% | 25 | 30,9% | 8 | 9,9% |
| q26 gelassen sein | 6 | 9,2% | 26 | 40% | 33 | 51% | 16 | 20% | 41 | 50,6% | 24 | 30% |
| q27 den Bedürfnissen entsprechende Pflege | 17 | 26% | 30 | 46% | 18 | 28% | 13 | 16% | 43 | 53,1% | 25 | 31% |
| q28 Informationsaustausch zwischen Pflegepersonen | 11 | 17% | 34 | 52% | 20 | 31% | 24 | 30% | 36 | 44,4% | 21 | 26% |
| q29 Wissen wann Arzt nötig ist | 38 | 58% | 24 | 37% | 3 | 4,6% | 50 | 62% | 28 | 34,6% | 3 | 3,7% |

Tabelle 15: Wichtigkeit der caring-Bedürfnisse nach Geschlecht

(q1-q5 = „Verfügbarkeit“; q6-q10 = „Information und Förderung“; q11-q12 = „Wohlbefinden schaffen“; q13-q14 = „Vorausschauen“; q15-q22 = „Vertrauensvolle Beziehung“; q23-q29 = „Fachliche Sicherheit“)

Wichtigkeit nach Alter und Aufenthaltsdauer

| | | Altern in Jahren (N=146) | Aufenthalt dauer in Tagen (N=135) |
|------------------|--|-----------------------------|--|
| Spearman -Rho | q1 Zugehen auf PatientIn | ,019 | -,001 |
| | q2 Zeitgerechte Behandlung | ,062 | ,105 |
| | q3 regelmäßiges nach dem Patienten sehen | ,082 | ,230** |
| | q4 rasche Reaktion auf Läuten | -,069 | -,021 |
| | q5 Ermutigung zu läuten | -,045 | -,038 |
| | q6 Information über Unterstützungsangebote | ,027 | ,009 |
| | q7 Anbieten von Informationen | ,007 | ,001 |
| | q8 Erklärung pflegerischer Aspekte | -,028 | -,093 |
| | q9 Anleitung zur Selbstversorgung | -,002 | -,107 |
| | q10 Vorbereitung von Fragen für Arzt | -,083 | ,039 |
| | q11 angenehme Bedingungen schaffen | -,057 | ,081 |
| | q12 Unterstützung Positives zu sehen | -,040 | ,065 |
| | q13 Wissen über belastende Situationen und zeitgerechte Reaktion | ,124 | -,042 |
| | q14 Wahrnehmen der Bedürfnisse | -,278** | ,104 |
| | q15 Unterstützung beim Festlegen von Zielen | -,056 | -,257** |
| | q16 Unterstützung bei Klärung und Ordnung von Gedanken | -,031 | ,000 |
| | q17 Bestärkung Fragen zu stellen | ,060 | ,043 |
| | q18 höchste Priorität des Patienten | ,015 | -,034 |
| | q19 Gefühl von Vertrauen vermitteln | ,045 | -,049 |
| | q20 Sprechen über Gefühle ermöglichen | -,096 | -,071 |
| | q21 gleichbleibender herzlicher und respektvoller Umgang | -,007 | ,138 |
| | q22 Einzigartigkeit wahrnehmen | -,143 | -,022 |
| | q23 professionelles Erscheinungsbild | -,018 | ,038 |
| | q24 gut organisiert sein | ,173* | -,140 |
| | q25 Sicherheit in Verabreichung therapeutischer Maßnahmen | ,112 | ,068 |
| | q26 gelassen sein | ,098 | ,049 |
| | q27 den Bedürfnissen entsprechende Pflege | ,060 | -,033 |
| | q28 Informationsaustausch zwischen Pflegepersonen | ,013 | -,145 |
| | q29 Wissen wann Arzt nötig ist | ,037 | ,154 |

Tabelle 16: Wichtigkeit der caring-Bedürfnisse nach Alter und Aufenthaltsdauer
 (q1-q5 = „Verfügbarkeit“; q6-q10 = „Information und Förderung“; q11-q12 = „Wohlbefinden schaffen“; q13-q14 = „Vorausschauen“;
 q15-q22 = „Vertrauensvolle Beziehung“; q23-q29 = „Fachliche Sicherheit“)

Wichtigkeit nach Bildung

| | Bildung in 2 Kategorien | | | | | |
|--|-------------------------|--------------------------------|-------------|-----------|--------------------------------|-------------|
| | 1 keine Matura | | | 2 Matura | | |
| | 1 wichtig | 2 weder wichtig noch unwichtig | 3 unwichtig | 1 wichtig | 2 weder wichtig noch unwichtig | 3 unwichtig |
| | Anzahl | Anzahl | Anzahl | Anzahl | Anzahl | Anzahl |
| q1Zugehen auf PatientIn | 46 | 48 | 15 | 24 | 25 | 18 |
| q2 Zeitgerechte Behandlung | 50 | 44 | 15 | 30 | 25 | 12 |
| q3 regelmäßiges nach dem Patienten sehen | 44 | 36 | 29 | 20 | 29 | 18 |
| q4 rasche Reaktion auf Läuten | 48 | 37 | 23 | 31 | 25 | 11 |
| q5 Ermutigung zu läuten | 25 | 48 | 35 | 16 | 28 | 23 |
| q6 Information über Unterstützungsangebote | 17 | 39 | 53 | 10 | 27 | 30 |
| q7 Anbieten von Informationen | 51 | 43 | 15 | 29 | 32 | 6 |
| q8 Erklärung pflegerischer Aspekte | 38 | 48 | 22 | 29 | 22 | 16 |
| q9 Anleitung zur Selbstversorgung | 29 | 44 | 35 | 19 | 27 | 21 |
| q10 Vorbereitung von Fragen für Arzt | 20 | 41 | 48 | 10 | 20 | 37 |
| q11 angenehme Bedingungen schaffen | 27 | 47 | 34 | 14 | 37 | 16 |
| q12 Unterstützung Positives zu sehen | 45 | 44 | 19 | 19 | 33 | 15 |
| q13 Wissen über belastende Situationen und zeitgerechte Reaktion | 50 | 45 | 13 | 29 | 30 | 8 |
| q14 Wahrnehmen der Bedürfnisse | 21 | 53 | 34 | 7 | 34 | 26 |
| q15 Unterstützung beim Festlegen von Zielen | 27 | 42 | 39 | 7 | 28 | 32 |
| q16 Unterstützung bei Klärung und Ordnung von Gedanken | 36 | 52 | 20 | 11 | 31 | 25 |
| q17 Bestärkung Fragen zu stellen | 27 | 43 | 38 | 9 | 26 | 32 |
| q18 höchste Priorität des Patienten | 45 | 40 | 24 | 23 | 33 | 11 |
| q19 Gefühl von Vertrauen vermitteln | 54 | 39 | 15 | 29 | 29 | 9 |
| q20 Sprechen über Gefühle ermöglichen | 36 | 46 | 26 | 7 | 35 | 25 |
| q21 gleichbleibender herzlicher und respektvoller Umgang | 43 | 47 | 18 | 37 | 22 | 8 |
| q22 Einzigartigkeit wahrnehmen | 34 | 42 | 32 | 17 | 30 | 20 |
| q23 professionelles Erscheinungsbild | 12 | 41 | 55 | 16 | 25 | 26 |
| q24 gut organisiert sein | 43 | 47 | 18 | 33 | 25 | 9 |
| q25 Sicherheit in Verabreichung therapeutischer Maßnahmen | 69 | 30 | 10 | 44 | 15 | 8 |
| q26 gelassen sein | 27 | 34 | 47 | 12 | 39 | 16 |
| q27 den Bedürfnissen entsprechende Pflege | 33 | 42 | 33 | 17 | 34 | 16 |
| q28 Informationsaustausch zwischen Pflegepersonen | 40 | 39 | 29 | 16 | 36 | 15 |
| q29 Wissen wann Arzt nötig ist | 71 | 33 | 4 | 44 | 19 | 4 |

Tabelle 17: Wichtigkeit der caring-Bedürfnisse nach Bildung

(q1-q5 = „Verfügbarkeit“; q6-q10 = „Information und Förderung“; q11-q12 = „Wohlbefinden schaffen“; q13-q14 = „Vorausschauen“; q15-q22 = „Vertrauensvolle Beziehung“; q23-q29 = „Fachliche Sicherheit“)

Korrelative Beziehungen zwischen caring-Bedürfnissen

| Spearman-Rho | q1 | q2 | q3 | q4 | q5 | q6 | q7 | q8 | q9 | q10 | q11 | q12 | q13 | q14 | q15 | q16 | q17 | q18 | q19 | q20 | q21 | q22 | q23 | q24 | q25 | q26 | q27 | q28 | q29 | |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| q1 Zugehen auf PatientIn | | 0,2 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | -0,1 | -0,1 | -0,3 | -0,1 | -0,1 | -0,1 | -0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,2 | -0,1 | -0,1 | 0,1 | -0,1 | -0,1 | 0,0 | -0,2 | -0,2 | 0,1 | -0,1 | 0,1 | | |
| q2 Zeitgerechte Behandlung | 0,2 | | 0,0 | 0,1 | -0,2 | 0,0 | 0,0 | -0,1 | -0,2 | -0,1 | 0,0 | -0,1 | 0,2 | 0,0 | -0,1 | -0,1 | -0,1 | 0,2 | 0,0 | 0,0 | -0,1 | -0,1 | -0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | -0,1 | 0,0 | 0,1 | |
| q3 regelmäßiges nach dem Patienten sehen | 0,1 | 0,0 | | 0,1 | 0,1 | -0,1 | 0,0 | -0,2 | -0,1 | -0,1 | -0,1 | -0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | -0,1 | -0,1 | -0,2 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | -0,1 | 0,0 | -0,1 | 0,0 | |
| q4 rasche Reaktion auf Läuten | 0,0 | 0,1 | 0,1 | | 0,0 | -0,1 | -0,1 | -0,2 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | -0,3 | -0,1 | -0,1 | 0,0 | -0,1 | 0,1 | 0,1 | -0,1 | 0,0 | 0,0 | -0,1 | 0,1 | -0,2 | 0,1 | -0,1 | 0,1 | -0,1 | 0,0 | |
| q5 Ermutigung zu läuten | 0,1 | -0,2 | 0,1 | 0,0 | | -0,1 | 0,0 | -0,1 | -0,1 | -0,1 | 0,0 | -0,1 | -0,2 | 0,1 | 0,0 | -0,1 | 0,0 | -0,1 | -0,1 | -0,1 | 0,0 | -0,1 | 0,0 | 0,0 | -0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | -0,2 | |
| q6 Information über Unterstützungsangebote | -0,1 | 0,0 | -0,1 | -0,1 | -0,1 | | -0,1 | -0,1 | -0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | -0,1 | 0,0 | 0,0 | -0,1 | -0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,1 | -0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | -0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | |
| q7 Anbieten von Informationen | -0,1 | 0,0 | 0,0 | -0,1 | 0,0 | -0,1 | | 0,1 | -0,1 | -0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | -0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | -0,1 | -0,1 | 0,0 | 0,0 | -0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | -0,3 | 0,0 | -0,1 | |
| q8 Erklärung pflegerischer Aspekte | -0,3 | -0,1 | -0,2 | -0,2 | -0,1 | -0,1 | 0,1 | | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,2 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | -0,1 | -0,1 | 0,0 | -0,1 | 0,0 | 0,1 | -0,1 | -0,1 | 0,1 | -0,1 | 0,0 | 0,1 | -0,2 | |
| q9 Anleitung zur Selbstversorgung | -0,1 | -0,2 | -0,1 | 0,0 | -0,1 | -0,1 | -0,1 | 0,0 | | 0,0 | 0,1 | -0,1 | -0,1 | 0,0 | -0,1 | -0,1 | 0,0 | -0,1 | -0,2 | -0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | -0,1 | -0,1 | 0,2 | -0,1 | 0,1 | |
| q10 Vorbereitung von Fragen für Arzt | -0,1 | -0,1 | -0,1 | 0,0 | -0,1 | 0,0 | -0,1 | 0,1 | 0,0 | | 0,1 | -0,1 | -0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | -0,1 | 0,0 | -0,1 | -0,1 | -0,1 | -0,1 | -0,1 | 0,0 | 0,0 | -0,1 | -0,1 | -0,1 | -0,1 |
| q11 angenehme Bedingungen schaffen | -0,1 | 0,0 | -0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,1 | | -0,3 | -0,2 | 0,0 | -0,1 | 0,1 | -0,1 | -0,1 | -0,1 | -0,1 | -0,1 | 0,1 | -0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | -0,1 |
| q12 Unterstützung Positives zu sehen | -0,1 | -0,1 | -0,1 | -0,3 | -0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | -0,1 | -0,1 | -0,3 | | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | -0,1 | 0,0 | 0,2 | 0,1 | 0,1 | -0,1 | -0,1 | -0,1 | 0,0 | -0,2 | 0,0 | -0,1 | |
| q13 Wissen über belastende Situationen und zeitgerechte Reaktion | 0,0 | 0,2 | 0,0 | -0,1 | -0,2 | -0,1 | 0,0 | 0,2 | -0,1 | -0,1 | -0,2 | 0,0 | | 0,0 | -0,1 | 0,0 | -0,1 | -0,1 | 0,0 | -0,1 | 0,0 | -0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | -0,1 | 0,0 | |
| q14 Wahrnehmen der Bedürfnisse | 0,0 | 0,0 | 0,0 | -0,1 | 0,1 | 0,0 | -0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | | -0,1 | -0,1 | -0,1 | 0,1 | 0,1 | -0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | -0,2 | -0,1 | -0,1 | -0,2 | 0,0 | 0,0 | |
| q15 Unterstützung beim Festlegen von Zielen | 0,0 | -0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | -0,1 | 0,1 | -0,1 | 0,1 | -0,1 | -0,1 | | 0,0 | 0,1 | 0,0 | -0,1 | 0,0 | -0,2 | 0,0 | -0,1 | 0,1 | -0,2 | 0,0 | -0,1 | 0,0 | 0,0 | |
| q16 Unterstützung bei Klärung und Ordnung von Gedanken | 0,1 | -0,1 | 0,1 | -0,1 | -0,1 | -0,1 | 0,0 | 0,0 | -0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | -0,1 | 0,0 | | -0,1 | -0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | -0,1 | -0,1 | 0,1 | -0,1 | 0,0 | -0,1 | -0,1 | -0,1 | |
| q17 Bestärkung Fragen zu stellen | 0,2 | -0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | -0,1 | 0,1 | -0,1 | 0,0 | 0,1 | -0,1 | 0,0 | -0,1 | -0,1 | 0,1 | -0,1 | | -0,1 | -0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | -0,2 | -0,1 | -0,1 | -0,1 | 0,0 | -0,2 | -0,1 | |
| q18 höchste Priorität des Patienten | -0,1 | 0,2 | 0,0 | 0,1 | -0,1 | 0,0 | -0,1 | -0,1 | -0,1 | -0,1 | -0,1 | -0,1 | -0,1 | 0,1 | 0,0 | -0,1 | -0,1 | | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | -0,1 | 0,0 | -0,1 | -0,2 | -0,1 | -0,1 | 0,1 | |
| q19 Gefühl von Vertrauen vermitteln | -0,1 | 0,0 | 0,0 | -0,1 | -0,1 | 0,1 | -0,1 | 0,0 | -0,2 | 0,0 | -0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | -0,1 | 0,0 | -0,1 | 0,1 | | -0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | -0,1 | 0,0 | -0,2 | |
| q20 Sprechen über Gefühle ermöglichen | 0,1 | 0,0 | -0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | -0,1 | -0,1 | -0,1 | -0,1 | 0,2 | -0,1 | -0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | -0,1 | | 0,0 | 0,1 | -0,1 | -0,3 | 0,0 | -0,2 | -0,1 | -0,1 | 0,0 | |
| q21 gleichbleibender herzlicher und respektvoller Umgang | -0,1 | -0,1 | -0,1 | 0,0 | -0,1 | -0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | -0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | -0,2 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | | 0,1 | -0,1 | -0,1 | -0,1 | -0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | |
| q22 Einzigartigkeit wahrnehmen | -0,1 | -0,1 | -0,2 | -0,1 | 0,0 | 0,0 | -0,1 | 0,1 | 0,1 | -0,1 | -0,1 | 0,1 | -0,1 | 0,1 | 0,0 | -0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,1 | | -0,1 | -0,2 | -0,3 | -0,1 | -0,1 | 0,1 | -0,1 | |
| q23 professionelles Erscheinungsbild | -0,1 | -0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | -0,1 | 0,1 | -0,1 | 0,0 | -0,1 | 0,0 | 0,0 | -0,1 | -0,1 | -0,2 | -0,1 | 0,0 | -0,1 | -0,1 | | 0,1 | 0,1 | 0,2 | -0,1 | -0,2 | 0,0 | 0,0 | |
| q24 gut organisiert sein | 0,0 | 0,0 | 0,0 | -0,2 | -0,1 | 0,0 | 0,0 | -0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | -0,1 | 0,1 | -0,2 | 0,1 | 0,1 | -0,1 | 0,0 | 0,1 | -0,3 | -0,1 | -0,2 | 0,1 | | 0,0 | 0,0 | -0,1 | 0,0 | -0,1 | |
| q25 Sicherheit in Verabreichung therapeutischer Maßnahmen | -0,2 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | -0,1 | 0,0 | 0,1 | -0,1 | 0,0 | 0,0 | -0,1 | 0,0 | -0,1 | -0,2 | -0,1 | -0,1 | -0,1 | 0,0 | 0,0 | -0,1 | -0,3 | 0,1 | 0,0 | | 0,1 | -0,1 | 0,0 | 0,2 | |
| q26 gelassen sein | -0,2 | 0,0 | -0,1 | -0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | -0,1 | -0,1 | -0,1 | -0,1 | 0,0 | 0,1 | -0,1 | 0,0 | 0,0 | -0,1 | -0,2 | 0,0 | -0,2 | -0,1 | -0,1 | 0,2 | 0,0 | 0,1 | | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| q27 den Bedürfnissen entsprechende Pflege | 0,1 | -0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | -0,3 | 0,0 | 0,2 | -0,1 | 0,0 | -0,2 | 0,0 | -0,2 | -0,1 | -0,1 | 0,0 | -0,1 | -0,1 | -0,1 | 0,0 | -0,1 | -0,1 | -0,1 | -0,1 | 0,0 | | 0,1 | 0,1 | |
| q28 Informationsaustausch zwischen Pflegepersonen | -0,1 | 0,0 | -0,1 | -0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | -0,1 | -0,1 | 0,0 | 0,0 | -0,1 | 0,0 | 0,0 | -0,1 | -0,2 | -0,1 | 0,0 | -0,1 | 0,0 | 0,1 | -0,2 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | | 0,0 | -0,1 |
| q29 Wissen wann Arzt nötig ist | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | -0,2 | 0,0 | -0,1 | -0,2 | 0,1 | -0,1 | -0,1 | -0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | -0,1 | -0,1 | 0,1 | -0,2 | 0,0 | 0,0 | -0,1 | 0,0 | -0,1 | 0,2 | 0,0 | 0,1 | -0,1 | | 0,0 |

Tabelle 18: Korrelation Wichtigkeit der caring-Bedürfnisse

(q1-q5 = „Verfügbarkeit“; q6-q10 = „Information und Förderung“; q11-q12 = „Wohlbefinden schaffen“; q13-q14 = „Vorausschauen“; q15-q22 = „Vertrauensvolle Beziehung“; q23-q29 = „Fachliche Sicherheit“)

Faktoranalyse caring-Bedürfnisse (forced 6 Dimensionen)

| Rotierte Faktorenmatrix(a) | Faktoren | | | | | |
|--|----------|-------|--------|--------|--------|--------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| q1 Zugehen auf PatientIn | | 0,251 | 0,295 | 0,235 | | 0,103 |
| q2 Zeitgerechte Behandlung | | | 0,608 | 0,101 | | |
| q3 regelmäßiges nach dem Patienten sehen | | 0,101 | 0,264 | 0,346 | 0,132 | |
| q4 rasche Reaktion auf Läuten | | | 0,114 | 0,463 | | |
| q5 Ermutigung zu läuten | | 0,270 | | 0,434 | 0,275 | |
| q6 Information über Unterstützungsangebote | | 0,172 | | | 0,101 | |
| q7 Anbieten von Informationen | 0,119 | 0,189 | | -0,147 | 0,313 | |
| q8 Erklärung pflegerischer Aspekte | 0,490 | | | -0,179 | 0,157 | |
| q9 Anleitung zur Selbstversorgung | 0,244 | | -0,201 | 0,113 | 0,104 | 0,440 |
| q10 Vorbereitung von Fragen für Arzt | 0,273 | 0,119 | | | | |
| q11 angenehme Bedingungen schaffen | 0,136 | | | 0,219 | 0,232 | |
| q12 Unterstützung Positives zu sehen | 0,224 | 0,468 | | -0,193 | | |
| q13 Wissen über belastende Situationen und zeitgerechte Reaktion | 0,255 | | 0,301 | | 0,139 | |
| q14 Wahrnehmen der Bedürfnisse | 0,258 | 0,188 | | 0,270 | -0,117 | |
| q15 Unterstützung beim Festlegen von Zielen | 0,214 | 0,239 | | | 0,222 | |
| q16 Unterstützung bei Klärung und Ordnung von Gedanken | 0,192 | 0,427 | 0,161 | | 0,224 | |
| q17 Bestärkung Fragen zu stellen | 0,240 | 0,377 | | 0,200 | | |
| q18 höchste Priorität des Patienten | 0,118 | 0,163 | 0,305 | 0,217 | -0,186 | |
| q19 Gefühl von Vertrauen vermitteln | 0,258 | | 0,199 | | | -0,110 |
| q20 Sprechen über Gefühle ermöglichen | | 0,602 | | | -0,131 | |
| q21 gleichbleibender herzlicher und respektvoller Umgang | 0,482 | 0,205 | | | | |
| q22 Einzigartigkeit wahrnehmen | 0,522 | 0,247 | | | | |
| q23 professionelles Erscheinungsbild | | | | | 0,337 | |
| q24 gut organisiert sein | 0,210 | | 0,280 | | 0,379 | |
| q25 Sicherheit in Verabreichung therapeutischer Maßnahmen | | | | | 0,210 | 0,175 |
| q26 gelassen sein | | | | | 0,424 | |
| q27 den Bedürfnissen entsprechende Pflege | 0,155 | | | 0,227 | | 0,309 |
| q28 Informationsaustausch zwischen Pflegepersonen | 0,361 | | 0,100 | | 0,172 | |
| q29 Wissen wann Arzt nötig ist | | 0,212 | 0,277 | | | 0,678 |

Tabelle 19: Faktoranalyse Wichtigkeit der caring-Bedürfnisse

(q1-q5 = „Verfügbarkeit“; q6-q10 = „Information und Förderung“; q11-q12 = „Wohlbefinden schaffen“; q13-q14 = „Vorausschauen“;
q15-q22 = „Vertrauensvolle Beziehung“; q23-q29 = „Fachliche Sicherheit“)

9.1.2 Erfüllungsbefragung

| | trifft zu | | trifft eher zu | | teils teils | | trifft eher nicht zu | | trifft nicht zu | |
|--|-----------|-----------------------|----------------|-----------------------|-------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|-----------------|-----------------------|
| | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) |
| q1 Zugehen auf PatientIn | 62 | 78,5% | 10 | 12,7% | 4 | 5,1% | 2 | 2,5% | 1 | 1,3% |
| q2 Zeitgerechte Behandlung | 70 | 87,5% | 5 | 6,3% | 4 | 5,0% | 1 | 1,3% | 0 | ,0% |
| q3 regelmäßiges nach dem Patienten sehen | 68 | 85,0% | 9 | 11,3% | 3 | 3,8% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q4 rasche Reaktion auf Läuten | 68 | 86,1% | 9 | 11,4% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 2 | 2,5% |
| q5 Ermutigung zu läuten | 71 | 89,9% | 7 | 8,9% | 1 | 1,3% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q6 Information über Unterstützungsangebote | 22 | 31,0% | 16 | 22,5% | 12 | 16,9% | 10 | 14,1% | 11 | 15,5% |
| q7 Anbieten von Informationen | 48 | 60,8% | 18 | 22,8% | 9 | 11,4% | 3 | 3,8% | 1 | 1,3% |
| q8 Erklärung pflegerischer Aspekte | 54 | 69,2% | 12 | 15,4% | 5 | 6,4% | 3 | 3,8% | 4 | 5,1% |
| q9 Anleitung zur Selbstversorgung | 44 | 58,7% | 18 | 24,0% | 4 | 5,3% | 2 | 2,7% | 7 | 9,3% |
| q10 Vorbereitung von Fragen für Arzt | 36 | 49,3% | 12 | 16,4% | 10 | 13,7% | 6 | 8,2% | 9 | 12,3% |
| q11 angenehme Bedingungen schaffen | 49 | 65,3% | 13 | 17,3% | 8 | 10,7% | 2 | 2,7% | 3 | 4,0% |
| q12 Unterstützung Positives zu sehen | 54 | 68,4% | 15 | 19,0% | 6 | 7,6% | 1 | 1,3% | 3 | 3,8% |
| q13 Wissen über belastende Situationen und zeitgerechte Reaktion | 44 | 58,7% | 17 | 22,7% | 9 | 12,0% | 1 | 1,3% | 4 | 5,3% |
| q14 Wahrnehmen der Bedürfnisse | 37 | 50,0% | 24 | 32,4% | 7 | 9,5% | 3 | 4,1% | 3 | 4,1% |
| q15 Unterstützung beim Festlegen von Zielen | 36 | 50,0% | 18 | 25,0% | 10 | 13,9% | 2 | 2,8% | 6 | 8,3% |
| q16 Unterstützung bei Klärung und Ordnung von Gedanken | 42 | 56,0% | 15 | 20,0% | 7 | 9,3% | 6 | 8,0% | 5 | 6,7% |
| q17 Bestärkung Fragen zu stellen | 40 | 53,3% | 19 | 25,3% | 8 | 10,7% | 5 | 6,7% | 3 | 4,0% |
| q18 höchste Priorität des Patienten | 41 | 53,2% | 23 | 29,9% | 9 | 11,7% | 1 | 1,3% | 3 | 3,9% |
| q19 Gefühl von Vertrauen vermitteln | 57 | 74,0% | 12 | 15,6% | 4 | 5,2% | 1 | 1,3% | 3 | 3,9% |
| q20 Sprechen über Gefühle ermöglichen | 47 | 61,8% | 18 | 23,7% | 9 | 11,8% | 1 | 1,3% | 1 | 1,3% |
| q21 gleichbleibender herzlicher und respektvoller Umgang | 70 | 88,6% | 7 | 8,9% | 1 | 1,3% | 1 | 1,3% | 0 | ,0% |
| q22 Einzigartigkeit wahrnehmen | 63 | 81,8% | 11 | 14,3% | 3 | 3,9% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q23 professionelles Erscheinungsbild | 65 | 82,3% | 12 | 15,2% | 1 | 1,3% | 1 | 1,3% | 0 | ,0% |
| q24 gut organisiert sein | 68 | 86,1% | 9 | 11,4% | 2 | 2,5% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q25 Sicherheit in Verabreichung therapeutischer Maßnahmen | 62 | 78,5% | 12 | 15,2% | 3 | 3,8% | 1 | 1,3% | 1 | 1,3% |
| q26 gelassen sein | 71 | 88,8% | 8 | 10,0% | 1 | 1,3% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q27 den Bedürfnissen entsprechende Pflege | 66 | 85,7% | 8 | 10,4% | 2 | 2,6% | 0 | ,0% | 1 | 1,3% |
| q28 Informationsaustausch zwischen Pflegepersonen | 56 | 74,7% | 13 | 17,3% | 4 | 5,3% | 1 | 1,3% | 1 | 1,3% |
| q29 Wissen wann Arzt nötig ist | 69 | 89,6% | 5 | 6,5% | 2 | 2,6% | 0 | ,0% | 1 | 1,3% |

Tabelle 20: Erfüllung der caring-Bedürfnisse

(q1-q5 = „Verfügbarkeit“; q6-q10 = „Information und Förderung“; q11-q12 = „Wohlbefinden schaffen“; q13-q14 = „Vorausschauen“; q15-q22 = „Vertrauensvolle Beziehung“; q23-q29 = „Fachliche Sicherheit“)

Erfüllung nach Setting

postoperativ

| | trifft zu | | trifft eher zu | | teils teils | | trifft eher nicht zu | | trifft nicht zu | |
|--|-----------|-----------------------|----------------|-----------------------|-------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|-----------------|-----------------------|
| | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) |
| q1 Zugehen auf PatientIn | 26 | 78,8% | 6 | 18,2% | 1 | 3,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q2 Zeitgerechte Behandlung | 27 | 81,8% | 3 | 9,1% | 3 | 9,1% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q3 regelmäßiges nach dem Patienten sehen | 27 | 81,8% | 6 | 18,2% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q4 rasche Reaktion auf Läuten | 28 | 87,5% | 4 | 12,5% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q5 Ermutigung zu läuten | 29 | 87,9% | 4 | 12,1% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q6 Information über Unterstützungsangebote | 9 | 29,0% | 6 | 19,4% | 8 | 25,8% | 4 | 12,9% | 4 | 12,9% |
| q7 Anbieten von Informationen | 18 | 56,3% | 8 | 25,0% | 5 | 15,6% | 1 | 3,1% | 0 | ,0% |
| q8 Erklärung pflegerischer Aspekte | 22 | 66,7% | 8 | 24,2% | 3 | 9,1% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q9 Anleitung zur Selbstversorgung | 22 | 68,8% | 8 | 25,0% | 2 | 6,3% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q10 Vorbereitung von Fragen für Arzt | 11 | 39,3% | 9 | 32,1% | 3 | 10,7% | 3 | 10,7% | 2 | 7,1% |
| q11 angenehme Bedingungen schaffen | 18 | 58,1% | 8 | 25,8% | 3 | 9,7% | 2 | 6,5% | 0 | ,0% |
| q12 Unterstützung Positives zu sehen | 21 | 63,6% | 9 | 27,3% | 2 | 6,1% | 0 | ,0% | 1 | 3,0% |
| q13 Wissen über belastende Situationen und zeitgerechte Reaktion | 19 | 61,3% | 8 | 25,8% | 3 | 9,7% | 1 | 3,2% | 0 | ,0% |
| q14 Wahrnehmen der Bedürfnisse | 14 | 46,7% | 12 | 40,0% | 3 | 10,0% | 1 | 3,3% | 0 | ,0% |
| q15 Unterstützung beim Festlegen von Zielen | 12 | 41,4% | 10 | 34,5% | 5 | 17,2% | 1 | 3,4% | 1 | 3,4% |
| q16 Unterstützung bei Klärung und Ordnung von Gedanken | 16 | 53,3% | 8 | 26,7% | 3 | 10,0% | 1 | 3,3% | 2 | 6,7% |
| q17 Bestärkung Fragen zu stellen | 15 | 46,9% | 13 | 40,6% | 1 | 3,1% | 3 | 9,4% | 0 | ,0% |
| q18 höchste Priorität des Patienten | 12 | 37,5% | 15 | 46,9% | 4 | 12,5% | 0 | ,0% | 1 | 3,1% |
| q19 Gefühl von Vertrauen vermitteln | 24 | 75,0% | 6 | 18,8% | 2 | 6,3% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q20 Sprechen über Gefühle ermöglichen | 15 | 48,4% | 10 | 32,3% | 5 | 16,1% | 0 | ,0% | 1 | 3,2% |
| q21 gleichbleibender herzlicher und respektvoller Umgang | 27 | 81,8% | 5 | 15,2% | 1 | 3,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q22 Einzigartigkeit wahrnehmen | 24 | 75,0% | 5 | 15,6% | 3 | 9,4% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q23 professionelles Erscheinungsbild | 21 | 65,6% | 10 | 31,3% | 1 | 3,1% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q24 gut organisiert sein | 26 | 81,3% | 5 | 15,6% | 1 | 3,1% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q25 Sicherheit in Verabreichung therapeutischer Maßnahmen | 26 | 81,3% | 4 | 12,5% | 2 | 6,3% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q26 gelassen sein | 30 | 90,9% | 2 | 6,1% | 1 | 3,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q27 den Bedürfnissen entsprechende Pflege | 26 | 81,3% | 5 | 15,6% | 1 | 3,1% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q28 Informationsaustausch zwischen Pflegepersonen | 23 | 74,2% | 6 | 19,4% | 2 | 6,5% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q29 Wissen wann Arzt nötig ist | 29 | 90,6% | 2 | 6,3% | 1 | 3,1% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |

Tabelle 21: Erfüllung der caring-Bedürfnisse postoperatives Setting

(q1-q5 = „Verfügbarkeit“; q6-q10 = „Information und Förderung“; q11-q12 = „Wohlbefinden schaffen“; q13-q14 = „Vorausschauen“; q15-q22 = „Vertrauensvolle Beziehung“; q23-q29 = „Fachliche Sicherheit“)

Behandlungszentriert

| | trifft zu | | trifft eher zu | | teils teils | | trifft eher nicht zu | | trifft nicht zu | |
|--|-----------|-----------------------|----------------|-----------------------|-------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|-----------------|-----------------------|
| | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) |
| q1 Zugehen auf PatientIn | 24 | 80,0% | 3 | 10,0% | 1 | 3,3% | 1 | 3,3% | 1 | 3,3% |
| q2 Zeitgerechte Behandlung | 30 | 96,8% | 1 | 3,2% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q3 regelmäßiges nach dem Patienten sehen | 26 | 83,9% | 3 | 9,7% | 2 | 6,5% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q4 rasche Reaktion auf Läuten | 28 | 87,5% | 3 | 9,4% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 1 | 3,1% |
| q5 Ermutigung zu läuten | 27 | 90,0% | 3 | 10,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q6 Information über Unterstützungsangebote | 8 | 33,3% | 7 | 29,2% | 2 | 8,3% | 5 | 20,8% | 2 | 8,3% |
| q7 Anbieten von Informationen | 20 | 64,5% | 7 | 22,6% | 2 | 6,5% | 1 | 3,2% | 1 | 3,2% |
| q8 Erklärung pflegerischer Aspekte | 21 | 72,4% | 3 | 10,3% | 2 | 6,9% | 1 | 3,4% | 2 | 6,9% |
| q9 Anleitung zur Selbstversorgung | 18 | 66,7% | 3 | 11,1% | 2 | 7,4% | 2 | 7,4% | 2 | 7,4% |
| q10 Vorbereitung von Fragen für Arzt | 19 | 65,5% | 1 | 3,4% | 5 | 17,2% | 2 | 6,9% | 2 | 6,9% |
| q11 angenehme Bedingungen schaffen | 20 | 71,4% | 3 | 10,7% | 4 | 14,3% | 0 | ,0% | 1 | 3,6% |
| q12 Unterstützung Positives zu sehen | 22 | 73,3% | 4 | 13,3% | 4 | 13,3% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q13 Wissen über belastende Situationen und zeitgerechte Reaktion | 18 | 64,3% | 5 | 17,9% | 2 | 7,1% | 0 | ,0% | 3 | 10,7% |
| q14 Wahrnehmen der Bedürfnisse | 17 | 60,7% | 8 | 28,6% | 1 | 3,6% | 0 | ,0% | 2 | 7,1% |
| q15 Unterstützung beim Festlegen von Zielen | 16 | 59,3% | 5 | 18,5% | 3 | 11,1% | 1 | 3,7% | 2 | 7,4% |
| q16 Unterstützung bei Klärung und Ordnung von Gedanken | 20 | 69,0% | 4 | 13,8% | 1 | 3,4% | 3 | 10,3% | 1 | 3,4% |
| q17 Bestärkung Fragen zu stellen | 18 | 66,7% | 3 | 11,1% | 4 | 14,8% | 1 | 3,7% | 1 | 3,7% |
| q18 höchste Priorität des Patienten | 19 | 65,5% | 4 | 13,8% | 4 | 13,8% | 1 | 3,4% | 1 | 3,4% |
| q19 Gefühl von Vertrauen vermitteln | 20 | 69,0% | 4 | 13,8% | 1 | 3,4% | 1 | 3,4% | 3 | 10,3% |
| q20 Sprechen über Gefühle ermöglichen | 21 | 72,4% | 5 | 17,2% | 2 | 6,9% | 1 | 3,4% | 0 | ,0% |
| q21 gleichbleibender herzlicher und respektvoller Umgang | 29 | 96,7% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 1 | 3,3% | 0 | ,0% |
| q22 Einzigartigkeit wahrnehmen | 29 | 100,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q23 professionelles Erscheinungsbild | 31 | 100,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q24 gut organisiert sein | 29 | 93,5% | 2 | 6,5% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q25 Sicherheit in Verabreichung therapeutischer Maßnahmen | 25 | 80,6% | 4 | 12,9% | 0 | ,0% | 1 | 3,2% | 1 | 3,2% |
| q26 gelassen sein | 30 | 96,8% | 1 | 3,2% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q27 den Bedürfnissen entsprechende Pflege | 27 | 93,1% | 1 | 3,4% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 1 | 3,4% |
| q28 Informationsaustausch zwischen Pflegepersonen | 22 | 78,6% | 5 | 17,9% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 1 | 3,6% |
| q29 Wissen wann Arzt nötig ist | 28 | 96,6% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 1 | 3,4% |

Tabelle 22: Erfüllung der caring-Bedürfnisse behandlungszentriertes Setting

(q1-q5 = „Verfügbarkeit“; q6-q10 = „Information und Förderung“; q11-q12 = „Wohlbefinden schaffen“; q13-q14 = „Vorausschauen“; q15-q22 = „Vertrauensvolle Beziehung“; q23-q29 = „Fachliche Sicherheit“)

Palliativ

| | trifft zu | | trifft eher zu | | teils teils | | trifft eher nicht zu | | trifft nicht zu | |
|--|-----------|-----------------------|----------------|-----------------------|-------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|-----------------|-----------------------|
| | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) |
| q1 Zugehen auf PatientIn | 12 | 75,0% | 1 | 6,3% | 2 | 12,5% | 1 | 6,3% | 0 | ,0% |
| q2 Zeitgerechte Behandlung | 13 | 81,3% | 1 | 6,3% | 1 | 6,3% | 1 | 6,3% | 0 | ,0% |
| q3 regelmäßiges nach dem Patienten sehen | 15 | 93,8% | 0 | ,0% | 1 | 6,3% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q4 rasche Reaktion auf Läuten | 12 | 80,0% | 2 | 13,3% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 1 | 6,7% |
| q5 Ermutigung zu läuten | 15 | 93,8% | 0 | ,0% | 1 | 6,3% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q6 Information über Unterstützungsangebote | 5 | 31,3% | 3 | 18,8% | 2 | 12,5% | 1 | 6,3% | 5 | 31,3% |
| q7 Anbieten von Informationen | 10 | 62,5% | 3 | 18,8% | 2 | 12,5% | 1 | 6,3% | 0 | ,0% |
| q8 Erklärung pflegerischer Aspekte | 11 | 68,8% | 1 | 6,3% | 0 | ,0% | 2 | 12,5% | 2 | 12,5% |
| q9 Anleitung zur Selbstversorgung | 4 | 25,0% | 7 | 43,8% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 5 | 31,3% |
| q10 Vorbereitung von Fragen für Arzt | 6 | 37,5% | 2 | 12,5% | 2 | 12,5% | 1 | 6,3% | 5 | 31,3% |
| q11 angenehme Bedingungen schaffen | 11 | 68,8% | 2 | 12,5% | 1 | 6,3% | 0 | ,0% | 2 | 12,5% |
| q12 Unterstützung Positives zu sehen | 11 | 68,8% | 2 | 12,5% | 0 | ,0% | 1 | 6,3% | 2 | 12,5% |
| q13 Wissen über belastende Situationen und zeitgerechte Reaktion | 7 | 43,8% | 4 | 25,0% | 4 | 25,0% | 0 | ,0% | 1 | 6,3% |
| q14 Wahrnehmen der Bedürfnisse | 6 | 37,5% | 4 | 25,0% | 3 | 18,8% | 2 | 12,5% | 1 | 6,3% |
| q15 Unterstützung beim Festlegen von Zielen | 8 | 50,0% | 3 | 18,8% | 2 | 12,5% | 0 | ,0% | 3 | 18,8% |
| q16 Unterstützung bei Klärung und Ordnung von Gedanken | 6 | 37,5% | 3 | 18,8% | 3 | 18,8% | 2 | 12,5% | 2 | 12,5% |
| q17 Bestärkung Fragen zu stellen | 7 | 43,8% | 3 | 18,8% | 3 | 18,8% | 1 | 6,3% | 2 | 12,5% |
| q18 höchste Priorität des Patienten | 10 | 62,5% | 4 | 25,0% | 1 | 6,3% | 0 | ,0% | 1 | 6,3% |
| q19 Gefühl von Vertrauen vermitteln | 13 | 81,3% | 2 | 12,5% | 1 | 6,3% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q20 Sprechen über Gefühle ermöglichen | 11 | 68,8% | 3 | 18,8% | 2 | 12,5% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q21 gleichbleibender herzlicher und respektvoller Umgang | 14 | 87,5% | 2 | 12,5% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q22 Einzigartigkeit wahrnehmen | 10 | 62,5% | 6 | 37,5% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q23 professionelles Erscheinungsbild | 13 | 81,3% | 2 | 12,5% | 0 | ,0% | 1 | 6,3% | 0 | ,0% |
| q24 gut organisiert sein | 13 | 81,3% | 2 | 12,5% | 1 | 6,3% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q25 Sicherheit in Verabreichung therapeutischer Maßnahmen | 11 | 68,8% | 4 | 25,0% | 1 | 6,3% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q26 gelassen sein | 11 | 68,8% | 5 | 31,3% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q27 den Bedürfnissen entsprechende Pflege | 13 | 81,3% | 2 | 12,5% | 1 | 6,3% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q28 Informationsaustausch zwischen Pflegepersonen | 11 | 68,8% | 2 | 12,5% | 2 | 12,5% | 1 | 6,3% | 0 | ,0% |
| q29 Wissen wann Arzt nötig ist | 12 | 75,0% | 3 | 18,8% | 1 | 6,3% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |

Tabelle 23: Erfüllung der caring-Bedürfnisse palliatives Setting

(q1-q5 = „Verfügbarkeit“; q6-q10 = „Information und Förderung“; q11-q12 = „Wohlbefinden schaffen“; q13-q14 = „Vorausschauen“; q15-q22 = „Vertrauensvolle Beziehung“; q23-q29 = „Fachliche Sicherheit“)

Erfüllung nach Geschlecht

| | a1 Geschlecht | | | | | | | | | | | |
|--|---------------|-----------------------|---------------|-----------------------|-------------------|-----------------------|-------------|-----------------------|---------------|-----------------------|-------------------|-----------------------|
| | 1 männlich | | | | | | 2 weiblich | | | | | |
| | 1 trifft zu | | 2 teils teils | | 3 trifft nicht zu | | 1 trifft zu | | 2 teils teils | | 3 trifft nicht zu | |
| | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) |
| q1 Zugehen auf PatientIn | 31 | 86,1% | 4 | 11,1% | 1 | 2,8% | 41 | 95,3% | 0 | ,0% | 2 | 4,7% |
| q2 Zeitgerechte Behandlung | 35 | 94,6% | 2 | 5,4% | 0 | ,0% | 40 | 93,0% | 2 | 4,7% | 1 | 2,3% |
| q3 regelmäßiges nach dem Patienten sehen | 35 | 94,6% | 2 | 5,4% | 0 | ,0% | 42 | 97,7% | 1 | 2,3% | 0 | ,0% |
| q4 rasche Reaktion auf Läuten | 34 | 97,1% | 0 | ,0% | 1 | 2,9% | 43 | 97,7% | 0 | ,0% | 1 | 2,3% |
| q5 Ermutigung zu läuten | 37 | 100,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 41 | 97,6% | 1 | 2,4% | 0 | ,0% |
| q6 Information über Unterstützungsangebote | 17 | 51,5% | 6 | 18,2% | 10 | 30,3% | 21 | 55,3% | 6 | 15,8% | 11 | 28,9% |
| q7 Anbieten von Informationen | 31 | 83,8% | 5 | 13,5% | 1 | 2,7% | 35 | 83,3% | 4 | 9,5% | 3 | 7,1% |
| q8 Erklärung pflegerischer Aspekte | 31 | 83,8% | 4 | 10,8% | 2 | 5,4% | 35 | 85,4% | 1 | 2,4% | 5 | 12,2% |
| q9 Anleitung zur Selbstversorgung | 28 | 80,0% | 4 | 11,4% | 3 | 8,6% | 34 | 85,0% | 0 | ,0% | 6 | 15,0% |
| q10 Vorbereitung von Fragen für Arzt | 25 | 73,5% | 3 | 8,8% | 6 | 17,6% | 23 | 59,0% | 7 | 17,9% | 9 | 23,1% |
| q11 angenehme Bedingungen schaffen | 27 | 79,4% | 5 | 14,7% | 2 | 5,9% | 35 | 85,4% | 3 | 7,3% | 3 | 7,3% |
| q12 Unterstützung Positives zu sehen | 30 | 83,3% | 4 | 11,1% | 2 | 5,6% | 39 | 90,7% | 2 | 4,7% | 2 | 4,7% |
| q13 Wissen über belastende Situationen und zeitgerechte Reaktion | 26 | 78,8% | 5 | 15,2% | 2 | 6,1% | 35 | 83,3% | 4 | 9,5% | 3 | 7,1% |
| q14 Wahrnehmen der Bedürfnisse | 28 | 84,8% | 3 | 9,1% | 2 | 6,1% | 33 | 80,5% | 4 | 9,8% | 4 | 9,8% |
| q15 Unterstützung beim Festlegen von Zielen | 24 | 75,0% | 4 | 12,5% | 4 | 12,5% | 30 | 75,0% | 6 | 15,0% | 4 | 10,0% |
| q16 Unterstützung bei Klärung und Ordnung von Gedanken | 25 | 73,5% | 3 | 8,8% | 6 | 17,6% | 32 | 78,0% | 4 | 9,8% | 5 | 12,2% |
| q17 Bestärkung Fragen zu stellen | 24 | 72,7% | 5 | 15,2% | 4 | 12,1% | 35 | 83,3% | 3 | 7,1% | 4 | 9,5% |
| q18 höchste Priorität des Patienten | 29 | 82,9% | 4 | 11,4% | 2 | 5,7% | 35 | 83,3% | 5 | 11,9% | 2 | 4,8% |
| q19 Gefühl von Vertrauen vermitteln | 32 | 91,4% | 2 | 5,7% | 1 | 2,9% | 37 | 88,1% | 2 | 4,8% | 3 | 7,1% |
| q20 Sprechen über Gefühle ermöglichen | 29 | 82,9% | 5 | 14,3% | 1 | 2,9% | 36 | 87,8% | 4 | 9,8% | 1 | 2,4% |
| q21 gleichbleibender herzlicher und respektvoller Umgang | 36 | 100,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 41 | 95,3% | 1 | 2,3% | 1 | 2,3% |
| q22 Einzigartigkeit wahrnehmen | 34 | 94,4% | 2 | 5,6% | 0 | ,0% | 40 | 97,6% | 1 | 2,4% | 0 | ,0% |
| q23 professionelles Erscheinungsbild | 35 | 97,2% | 1 | 2,8% | 0 | ,0% | 42 | 97,7% | 0 | ,0% | 1 | 2,3% |
| q24 gut organisiert sein | 35 | 97,2% | 1 | 2,8% | 0 | ,0% | 42 | 97,7% | 1 | 2,3% | 0 | ,0% |
| q25 Sicherheit in Verabreichung therapeutischer Maßnahmen | 34 | 94,4% | 2 | 5,6% | 0 | ,0% | 40 | 93,0% | 1 | 2,3% | 2 | 4,7% |
| q26 gelassen sein | 36 | 97,3% | 1 | 2,7% | 0 | ,0% | 43 | 100,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q27 den Bedürfnissen entsprechende Pflege | 34 | 97,1% | 1 | 2,9% | 0 | ,0% | 40 | 95,2% | 1 | 2,4% | 1 | 2,4% |
| q28 Informationsaustausch zwischen Pflegepersonen | 31 | 91,2% | 2 | 5,9% | 1 | 2,9% | 38 | 92,7% | 2 | 4,9% | 1 | 2,4% |
| q29 Wissen wann Arzt nötig ist | 35 | 97,2% | 0 | ,0% | 1 | 2,8% | 39 | 95,1% | 2 | 4,9% | 0 | ,0% |

Tabelle 24: Erfüllung der caring-Bedürfnisse nach Geschlecht

(q1-q5 = „Verfügbarkeit“; q6-q10 = „Information und Förderung“; q11-q12 = „Wohlbefinden schaffen“; q13-q14 = „Vorausschauen“; q15-q22 = „Vertrauensvolle Beziehung“; q23-q29 = „Fachliche Sicherheit“)

Erfüllung nach Alter und Aufenthaltsdauer

| | | Alter in Jahren (n=mind.75) | Aufenthaltdauer in Tagen (n=71) |
|--------------|---|--------------------------------|------------------------------------|
| Spearman-Rho | q1 Zugehen auf PatientIn | ,195 | ,046 |
| | q2 Zeitgerechte Behandlung | -,052 | ,088 |
| | q3 regelmäßiges nach dem Patienten sehen | -,010 | ,138 |
| | q4 rasche Reaktion auf Läuten | -,103 | ,034 |
| | q5 Ermutigung zu läuten | ,090 | ,119 |
| | q6 Information über Unterstützungsangebote | ,346** | ,036 |
| | q7 Anbieten von Informationen | -,012 | ,058 |
| | q8 Erklärung pflegerischer Aspekte | -,008 | -,038 |
| | q9 Anleitung zur Selbstversorgung | ,189 | ,047 |
| | q10 Vorbereitung von Fragen für Arzt | ,161 | -,079 |
| | q11 angenehme Bedingungen schaffen | -,045 | ,065 |
| | q12 Unterstützung Positives zu sehen | -,084 | ,020 |
| | q13 Wissen über belastende Situationen und zeitgerechte | ,047 | -,064 |
| | q14 Wahrnehmen der Bedürfnisse | -,021 | -,055 |
| | q15 Unterstützung beim Festlegen von Zielen | -,003 | -,091 |
| | q16 Unterstützung bei Klärung und Ordnung von Gedanken | -,066 | -,093 |
| | q17 Bestärkung Fragen zu stellen | ,302** | ,161 |
| | q18 höchste Priorität des Patienten | ,032 | -,106 |
| | q19 Gefühl von Vertrauen vermitteln | ,082 | -,065 |
| | q20 Sprechen über Gefühle ermöglichen | -,032 | -,084 |
| | q21 gleichbleibender herzlicher und respektvoller Umgang | -,010 | -,008 |
| | q22 Einzigartigkeit wahrnehmen | ,277* | ,170 |
| | q23 professionelles Erscheinungsbild | ,098 | ,209 |
| | q24 gut organisiert sein | -,135 | -,009 |
| | q25 Sicherheit in Verabreichung therapeutischer Maßnahmen | ,166 | -,107 |
| | q26 gelassen sein | ,084 | ,111 |
| | q27 den Bedürfnissen entsprechende Pflege | ,217 | ,165 |
| | q28 Informationsaustausch zwischen Pflegepersonen | ,110 | -,019 |
| | q29 Wissen wann Arzt nötig ist | ,180 | ,050 |

Tabelle 25: Erfüllung der caring-Bedürfnisse nach Alter

(q1-q5 = „Verfügbarkeit“; q6-q10 = „Information und Förderung“; q11-q12 = „Wohlbefinden schaffen“; q13-q14 = „Vorausschauen“; q15-q22 = „Vertrauensvolle Beziehung“; q23-q29 = „Fachliche Sicherheit“)

Erfüllung nach Bildung

| | Bildung in zwei Kategorien | | | | | | | | | | | |
|--|----------------------------|-----------------------|-------------|-----------------------|-----------------|-----------------------|------------|-----------------------|-------------|-----------------------|-----------------|-----------------------|
| | ohne Matura | | | | | | mit Matura | | | | | |
| | trifft zu | | teils teils | | trifft nicht zu | | trifft zu | | teils teils | | trifft nicht zu | |
| | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) |
| q1 Zugehen auf PatientIn | 46 | 90,2% | 2 | 3,9% | 3 | 5,9% | 24 | 96,0% | 1 | 4,0% | 0 | ,0% |
| q2 Zeitgerechte Behandlung | 49 | 98,0% | 0 | ,0% | 1 | 2,0% | 25 | 92,6% | 2 | 7,4% | 0 | ,0% |
| q3 regelmäßiges nach dem Patienten sehen | 48 | 96,0% | 2 | 4,0% | 0 | ,0% | 27 | 100,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q4 rasche Reaktion auf Läuten | 48 | 98,0% | 0 | ,0% | 1 | 2,0% | 27 | 100,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q5 Ermutigung zu läuten | 49 | 98,0% | 1 | 2,0% | 0 | ,0% | 26 | 100,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q6 Information über Unterstützungsangebote | 27 | 61,4% | 5 | 11,4% | 12 | 27,3% | 11 | 44,0% | 6 | 24,0% | 8 | 32,0% |
| q7 Anbieten von Informationen | 43 | 86,0% | 5 | 10,0% | 2 | 4,0% | 20 | 76,9% | 4 | 15,4% | 2 | 7,7% |
| q8 Erklärung pflegerischer Aspekte | 41 | 83,7% | 3 | 6,1% | 5 | 10,2% | 23 | 88,5% | 2 | 7,7% | 1 | 3,8% |
| q9 Anleitung zur Selbstversorgung | 38 | 79,2% | 3 | 6,3% | 7 | 14,6% | 22 | 91,7% | 1 | 4,2% | 1 | 4,2% |
| q10 Vorbereitung von Fragen für Arzt | 35 | 72,9% | 6 | 12,5% | 7 | 14,6% | 12 | 52,2% | 4 | 17,4% | 7 | 30,4% |
| q11 angenehme Bedingungen schaffen | 42 | 85,7% | 4 | 8,2% | 3 | 6,1% | 17 | 73,9% | 4 | 17,4% | 2 | 8,7% |
| q12 Unterstützung Positives zu sehen | 43 | 87,8% | 4 | 8,2% | 2 | 4,1% | 23 | 85,2% | 2 | 7,4% | 2 | 7,4% |
| q13 Wissen über belastende Situationen und zeitgerechte Reaktion | 39 | 83,0% | 4 | 8,5% | 4 | 8,5% | 20 | 80,0% | 4 | 16,0% | 1 | 4,0% |
| q14 Wahrnehmen der Bedürfnisse | 41 | 87,2% | 1 | 2,1% | 5 | 10,6% | 18 | 75,0% | 5 | 20,8% | 1 | 4,2% |
| q15 Unterstützung beim Festlegen von Zielen | 37 | 80,4% | 3 | 6,5% | 6 | 13,0% | 15 | 65,2% | 6 | 26,1% | 2 | 8,7% |
| q16 Unterstützung bei Klärung und Ordnung von Gedanken | 38 | 79,2% | 4 | 8,3% | 6 | 12,5% | 17 | 70,8% | 3 | 12,5% | 4 | 16,7% |
| q17 Bestärkung Fragen zu stellen | 38 | 80,9% | 5 | 10,6% | 4 | 8,5% | 19 | 76,0% | 3 | 12,0% | 3 | 12,0% |
| q18 höchste Priorität des Patienten | 42 | 87,5% | 5 | 10,4% | 1 | 2,1% | 20 | 76,9% | 4 | 15,4% | 2 | 7,7% |
| q19 Gefühl von Vertrauen vermitteln | 42 | 87,5% | 2 | 4,2% | 4 | 8,3% | 25 | 96,2% | 1 | 3,8% | 0 | ,0% |
| q20 Sprechen über Gefühle ermöglichen | 45 | 91,8% | 3 | 6,1% | 1 | 2,0% | 18 | 75,0% | 5 | 20,8% | 1 | 4,2% |
| q21 gleichbleibender herzlicher und respektvoller Umgang | 48 | 98,0% | 0 | ,0% | 1 | 2,0% | 26 | 96,3% | 1 | 3,7% | 0 | ,0% |
| q22 Einzigartigkeit wahrnehmen | 46 | 95,8% | 2 | 4,2% | 0 | ,0% | 25 | 96,2% | 1 | 3,8% | 0 | ,0% |
| q23 professionelles Erscheinungsbild | 47 | 95,9% | 1 | 2,0% | 1 | 2,0% | 27 | 100,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q24 gut organisiert sein | 47 | 95,9% | 2 | 4,1% | 0 | ,0% | 27 | 100,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q25 Sicherheit in Verabreichung therapeutischer Maßnahmen | 46 | 93,9% | 1 | 2,0% | 2 | 4,1% | 25 | 92,6% | 2 | 7,4% | 0 | ,0% |
| q26 gelassen sein | 49 | 98,0% | 1 | 2,0% | 0 | ,0% | 27 | 100,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q27 den Bedürfnissen entsprechende Pflege | 47 | 97,9% | 0 | ,0% | 1 | 2,1% | 25 | 96,2% | 1 | 3,8% | 0 | ,0% |
| q28 Informationsaustausch zwischen Pflegepersonen | 46 | 93,9% | 2 | 4,1% | 1 | 2,0% | 21 | 91,3% | 2 | 8,7% | 0 | ,0% |
| q29 Wissen wann Arzt nötig ist | 46 | 93,9% | 2 | 4,1% | 1 | 2,0% | 25 | 100,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |

Tabelle 26: Erfüllung der caring-Bedürfnisse nach Bildung

(q1-q5 = „Verfügbarkeit“; q6-q10 = „Information und Förderung“; q11-q12 = „Wohlbefinden schaffen“; q13-q14 = „Vorausschauen“; q15-q22 = „Vertrauensvolle Beziehung“; q23-q29 = „Fachliche Sicherheit“)

9.1.3 Erfüllbarkeitsbefragung

| | 1 immer | | 2 häufig | | 3 manchmal | | 4 selten | | 5 nie | |
|--|---------|-----------------------|----------|-----------------------|------------|-----------------------|----------|-----------------------|--------|-----------------------|
| | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) |
| q1 Zugehen auf PatientIn | 70 | 43,5% | 74 | 46,0% | 14 | 8,7% | 2 | 1,2% | 1 | ,6% |
| q2 Zeitgerechte Behandlung | 38 | 23,9% | 101 | 63,5% | 18 | 11,3% | 2 | 1,3% | 0 | ,0% |
| q3 regelmäßiges nach dem Patienten sehen | 82 | 50,6% | 72 | 44,4% | 8 | 4,9% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q4 rasche Reaktion auf Läuten | 129 | 80,1% | 31 | 19,3% | 1 | ,6% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q5 Ermutigung zu läuten | 135 | 83,9% | 24 | 14,9% | 2 | 1,2% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q6 Information über Unterstützungsangebote | 40 | 24,8% | 57 | 35,4% | 40 | 24,8% | 22 | 13,7% | 2 | 1,2% |
| q7 Anbieten von Informationen | 77 | 47,8% | 68 | 42,2% | 13 | 8,1% | 3 | 1,9% | 0 | ,0% |
| q8 Erklärung pflegerischer Aspekte | 109 | 67,7% | 48 | 29,8% | 3 | 1,9% | 1 | ,6% | 0 | ,0% |
| q9 Anleitung zur Selbstversorgung | 109 | 68,1% | 46 | 28,8% | 4 | 2,5% | 1 | ,6% | 0 | ,0% |
| q10 Vorbereitung von Fragen für Arzt | 48 | 30,0% | 71 | 44,4% | 30 | 18,8% | 8 | 5,0% | 3 | 1,9% |
| q11 angenehme Bedingungen schaffen | 78 | 48,4% | 72 | 44,7% | 11 | 6,8% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q12 Unterstützung Positives zu sehen | 77 | 48,4% | 72 | 45,3% | 9 | 5,7% | 1 | ,6% | 0 | ,0% |
| q13 Wissen über belastende Situationen und zeitgerechte Reaktion | 59 | 37,1% | 77 | 48,4% | 22 | 13,8% | 1 | ,6% | 0 | ,0% |
| q14 Wahrnehmen der Bedürfnisse | 23 | 14,6% | 96 | 60,8% | 36 | 22,8% | 2 | 1,3% | 1 | ,6% |
| q15 Unterstützung beim Festlegen von Zielen | 41 | 25,6% | 81 | 50,6% | 29 | 18,1% | 8 | 5,0% | 1 | ,6% |
| q16 Unterstützung bei Klärung und Ordnung von Gedanken | 30 | 18,9% | 83 | 52,2% | 40 | 25,2% | 5 | 3,1% | 1 | ,6% |
| q17 Bestärkung Fragen zu stellen | 97 | 60,2% | 50 | 31,1% | 13 | 8,1% | 1 | ,6% | 0 | ,0% |
| q18 höchste Priorität des Patienten | 49 | 30,6% | 87 | 54,4% | 16 | 10,0% | 4 | 2,5% | 4 | 2,5% |
| q19 Gefühl von Vertrauen vermitteln | 88 | 55,3% | 64 | 40,3% | 5 | 3,1% | 2 | 1,3% | 0 | ,0% |
| q20 Sprechen über Gefühle ermöglichen | 85 | 52,8% | 67 | 41,6% | 7 | 4,3% | 1 | ,6% | 1 | ,6% |
| q21 gleichbleibender herzlicher und respektvoller Umgang | 120 | 74,5% | 40 | 24,8% | 1 | ,6% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q22 Einzigartigkeit wahrnehmen | 105 | 66,0% | 46 | 28,9% | 7 | 4,4% | 1 | ,6% | 0 | ,0% |
| q23 professionelles Erscheinungsbild | 137 | 85,1% | 20 | 12,4% | 4 | 2,5% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q24 gut organisiert sein | 66 | 41,0% | 83 | 51,6% | 12 | 7,5% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q25 Sicherheit in Verabreichung therapeutischer Maßnahmen | 120 | 75,9% | 32 | 20,3% | 3 | 1,9% | 2 | 1,3% | 1 | ,6% |
| q26 gelassen sein | 55 | 34,8% | 87 | 55,1% | 12 | 7,6% | 4 | 2,5% | 0 | ,0% |
| q27 den Bedürfnissen entsprechende Pflege | 101 | 62,7% | 55 | 34,2% | 4 | 2,5% | 1 | ,6% | 0 | ,0% |
| q28 Informationsaustausch zwischen Pflegepersonen | 70 | 43,8% | 69 | 43,1% | 19 | 11,9% | 2 | 1,3% | 0 | ,0% |
| q29 Wissen wann Arzt nötig ist | 141 | 87,6% | 19 | 11,8% | 1 | ,6% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |

Tabelle 27: Erfüllbarkeit der caring-Bedürfnisse

(q1-q5 = „Verfügbarkeit“; q6-q10 = „Information und Förderung“; q11-q12 = „Wohlbefinden schaffen“; q13-q14 = „Vorausschauen“; q15-q22 = „Vertrauensvolle Beziehung“; q23-q29 = „Fachliche Sicherheit“)

Erfüllbarkeit nach Setting

Postoperativ

| | 1 immer | | 2 häufig | | 3 manchmal | | 4 selten | | 5 nie | |
|--|---------|-----------------------|----------|-----------------------|------------|-----------------------|----------|-----------------------|--------|-----------------------|
| | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) |
| q1 Zugehen auf PatientIn | 42 | 49,4% | 37 | 43,5% | 4 | 4,7% | 1 | 1,2% | 1 | 1,2% |
| q2 Zeitgerechte Behandlung | 24 | 28,2% | 53 | 62,4% | 7 | 8,2% | 1 | 1,2% | 0 | ,0% |
| q3 regelmäßiges nach dem Patienten sehen | 44 | 51,2% | 38 | 44,2% | 4 | 4,7% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q4 rasche Reaktion auf Läuten | 65 | 76,5% | 20 | 23,5% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q5 Ermutigung zu läuten | 68 | 79,1% | 16 | 18,6% | 2 | 2,3% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q6 Information über Unterstützungsangebote | 22 | 25,6% | 31 | 36,0% | 21 | 24,4% | 11 | 12,8% | 1 | 1,2% |
| q7 Anbieten v on Informationen | 44 | 51,8% | 33 | 38,8% | 6 | 7,1% | 2 | 2,4% | 0 | ,0% |
| q8 Erklärung pflegerischer Aspekte | 62 | 72,1% | 22 | 25,6% | 2 | 2,3% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q9 Anleitung zur Selbstversorgung | 63 | 73,3% | 22 | 25,6% | 0 | ,0% | 1 | 1,2% | 0 | ,0% |
| q10 Vorbereitung v on Fragen für Arzt | 28 | 32,6% | 38 | 44,2% | 18 | 20,9% | 1 | 1,2% | 1 | 1,2% |
| q11 angenehme Bedingungen schaffen | 37 | 43,0% | 42 | 48,8% | 7 | 8,1% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q12 Unterstützung Positives zu sehen | 43 | 50,6% | 39 | 45,9% | 3 | 3,5% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q13 Wissen über belastende Situationen und zeitgerechte Reaktion | 30 | 35,3% | 44 | 51,8% | 11 | 12,9% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q14 Wahrnehmen der Bedürfnisse | 12 | 14,3% | 52 | 61,9% | 18 | 21,4% | 2 | 2,4% | 0 | ,0% |
| q15 Unterstützung beim Festlegen v on Zielen | 24 | 27,9% | 50 | 58,1% | 11 | 12,8% | 1 | 1,2% | 0 | ,0% |
| q16 Unterstützung bei Klärung und Ordnung v on Gedanken | 16 | 18,6% | 46 | 53,5% | 23 | 26,7% | 1 | 1,2% | 0 | ,0% |
| q17 Bestärkung Fragen zu stellen | 53 | 61,6% | 25 | 29,1% | 7 | 8,1% | 1 | 1,2% | 0 | ,0% |
| q18 höchste Priorität des Patienten | 24 | 28,2% | 49 | 57,6% | 7 | 8,2% | 1 | 1,2% | 4 | 4,7% |
| q19 Gefühl von Vertrauen vermitteln | 44 | 51,2% | 36 | 41,9% | 5 | 5,8% | 1 | 1,2% | 0 | ,0% |
| q20 Sprechen über Gefühle ermöglichen | 43 | 50,0% | 39 | 45,3% | 2 | 2,3% | 1 | 1,2% | 1 | 1,2% |
| q21 gleichbleibender herzlicher und respektvoller Umgang | 62 | 72,1% | 23 | 26,7% | 1 | 1,2% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q22 Einzigartigkeit wahrnehmen | 52 | 61,2% | 26 | 30,6% | 6 | 7,1% | 1 | 1,2% | 0 | ,0% |
| q23 professionelles Erscheinungsbild | 76 | 88,4% | 10 | 11,6% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q24 gut organisiert sein | 37 | 43,0% | 46 | 53,5% | 3 | 3,5% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q25 Sicherheit in Verabreichung therapeutischer Maßnahmen | 62 | 72,1% | 21 | 24,4% | 2 | 2,3% | 1 | 1,2% | 0 | ,0% |
| q26 gelassen sein | 29 | 33,7% | 50 | 58,1% | 5 | 5,8% | 2 | 2,3% | 0 | ,0% |
| q27 den Bedürfnissen entsprechende Pflege | 55 | 64,0% | 28 | 32,6% | 2 | 2,3% | 1 | 1,2% | 0 | ,0% |
| q28 Informationsaustausch zwischen Pflegepersonen | 37 | 43,5% | 39 | 45,9% | 7 | 8,2% | 2 | 2,4% | 0 | ,0% |
| q29 Wissen wann Arzt nötig ist | 76 | 88,4% | 10 | 11,6% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |

Tabelle 28: Erfüllbarkeit der caring-Bedürfnisse postoperatives Setting

(q1-q5 = „Verfügbarkeit“; q6-q10 = „Information und Förderung“; q11-q12 = „Wohlbefinden schaffen“; q13-q14 = „Vorausschauen“; q15-q22 = „Vertrauensvolle Beziehung“; q23-q29 = „Fachliche Sicherheit“)

Behandlungszentriert

| | 1 immer | | 2 häufig | | 3 manchmal | | 4 selten | | 5 nie | |
|--|---------|-----------------------|----------|-----------------------|------------|-----------------------|----------|-----------------------|--------|-----------------------|
| | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) |
| q1 Zugehen auf PatientIn | 24 | 35,8% | 32 | 47,8% | 10 | 14,9% | 1 | 1,5% | 0 | ,0% |
| q2 Zeitgerechte Behandlung | 12 | 18,2% | 43 | 65,2% | 10 | 15,2% | 1 | 1,5% | 0 | ,0% |
| q3 regelmäßiges nach dem Patienten sehen | 33 | 49,3% | 30 | 44,8% | 4 | 6,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q4 rasche Reaktion auf Läuten | 56 | 83,6% | 10 | 14,9% | 1 | 1,5% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q5 Ermutigung zu läuten | 59 | 89,4% | 7 | 10,6% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q6 Information über Unterstützungsangebote | 14 | 21,2% | 22 | 33,3% | 18 | 27,3% | 11 | 16,7% | 1 | 1,5% |
| q7 Anbieten von Informationen | 28 | 41,8% | 31 | 46,3% | 7 | 10,4% | 1 | 1,5% | 0 | ,0% |
| q8 Erklärung pflegerischer Aspekte | 38 | 57,6% | 26 | 39,4% | 1 | 1,5% | 1 | 1,5% | 0 | ,0% |
| q9 Anleitung zur Selbstversorgung | 39 | 59,1% | 23 | 34,8% | 4 | 6,1% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q10 Vorbereitung von Fragen für Arzt | 13 | 20,0% | 31 | 47,7% | 12 | 18,5% | 7 | 10,8% | 2 | 3,1% |
| q11 angenehme Bedingungen schaffen | 35 | 53,0% | 27 | 40,9% | 4 | 6,1% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q12 Unterstützung Positives zu sehen | 29 | 44,6% | 29 | 44,6% | 6 | 9,2% | 1 | 1,5% | 0 | ,0% |
| q13 Wissen über belastende Situationen und zeitgerechte Reaktion | 23 | 35,4% | 30 | 46,2% | 11 | 16,9% | 1 | 1,5% | 0 | ,0% |
| q14 Wahrnehmen der Bedürfnisse | 9 | 13,8% | 37 | 56,9% | 18 | 27,7% | 0 | ,0% | 1 | 1,5% |
| q15 Unterstützung beim Festlegen von Zielen | 14 | 21,5% | 25 | 38,5% | 18 | 27,7% | 7 | 10,8% | 1 | 1,5% |
| q16 Unterstützung bei Klärung und Ordnung von Gedanken | 11 | 17,2% | 31 | 48,4% | 17 | 26,6% | 4 | 6,3% | 1 | 1,6% |
| q17 Bestärkung Fragen zu stellen | 37 | 56,1% | 23 | 34,8% | 6 | 9,1% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q18 höchste Priorität des Patienten | 20 | 30,3% | 34 | 51,5% | 9 | 13,6% | 3 | 4,5% | 0 | ,0% |
| q19 Gefühl von Vertrauen vermitteln | 39 | 60,9% | 24 | 37,5% | 0 | ,0% | 1 | 1,6% | 0 | ,0% |
| q20 Sprechen über Gefühle ermöglichen | 33 | 50,0% | 28 | 42,4% | 5 | 7,6% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q21 gleichbleibender herzlicher und respektvoller Umgang | 52 | 78,8% | 14 | 21,2% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q22 Einzigartigkeit wahrnehmen | 48 | 73,8% | 16 | 24,6% | 1 | 1,5% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q23 professionelles Erscheinungsbild | 55 | 83,3% | 7 | 10,6% | 4 | 6,1% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q24 gut organisiert sein | 27 | 40,9% | 31 | 47,0% | 8 | 12,1% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q25 Sicherheit in Verabreichung therapeutischer Maßnahmen | 53 | 84,1% | 7 | 11,1% | 1 | 1,6% | 1 | 1,6% | 1 | 1,6% |
| q26 gelassen sein | 24 | 38,1% | 31 | 49,2% | 6 | 9,5% | 2 | 3,2% | 0 | ,0% |
| q27 den Bedürfnissen entsprechende Pflege | 40 | 60,6% | 25 | 37,9% | 1 | 1,5% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q28 Informationsaustausch zwischen Pflegepersonen | 29 | 43,9% | 27 | 40,9% | 10 | 15,2% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q29 Wissen wann Arzt nötig ist | 57 | 86,4% | 8 | 12,1% | 1 | 1,5% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |

Tabelle 29: Erfüllbarkeit der caring-Bedürfnisse behandlungszentriertes Setting

(q1-q5 = „Verfügbarkeit“; q6-q10 = „Information und Förderung“; q11-q12 = „Wohlbefinden schaffen“; q13-q14 = „Vorausschauen“; q15-q22 = „Vertrauensvolle Beziehung“; q23-q29 = „Fachliche Sicherheit“)

Palliativ

| | 1 immer | | 2 häufig | | 3 manchmal | | 4 selten | | 5 nie | |
|--|---------|-----------------------|----------|-----------------------|------------|-----------------------|----------|-----------------------|--------|-----------------------|
| | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) |
| q1 Zugehen auf PatientIn | 4 | 44,4% | 5 | 55,6% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q2 Zeitgerechte Behandlung | 2 | 25,0% | 5 | 62,5% | 1 | 12,5% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q3 regelmäßiges nach dem Patienten sehen | 5 | 55,6% | 4 | 44,4% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q4 rasche Reaktion auf Läuten | 8 | 88,9% | 1 | 11,1% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q5 Ermutigung zu läuten | 8 | 88,9% | 1 | 11,1% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q6 Information über Unterstützungsangebote | 4 | 44,4% | 4 | 44,4% | 1 | 11,1% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q7 Anbieten von Informationen | 5 | 55,6% | 4 | 44,4% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q8 Erklärung pflegerischer Aspekte | 9 | 100,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q9 Anleitung zur Selbstversorgung | 7 | 87,5% | 1 | 12,5% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q10 Vorbereitung von Fragen für Arzt | 7 | 77,8% | 2 | 22,2% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q11 angenehme Bedingungen schaffen | 6 | 66,7% | 3 | 33,3% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q12 Unterstützung Positives zu sehen | 5 | 55,6% | 4 | 44,4% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q13 Wissen über belastende Situationen und zeitgerechte Reaktion | 6 | 66,7% | 3 | 33,3% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q14 Wahrnehmen der Bedürfnisse | 2 | 22,2% | 7 | 77,8% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q15 Unterstützung beim Festlegen von Zielen | 3 | 33,3% | 6 | 66,7% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q16 Unterstützung bei Klärung und Ordnung von Gedanken | 3 | 33,3% | 6 | 66,7% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q17 Bestärkung Fragen zu stellen | 7 | 77,8% | 2 | 22,2% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q18 höchste Priorität des Patienten | 5 | 55,6% | 4 | 44,4% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q19 Gefühl von Vertrauen vermitteln | 5 | 55,6% | 4 | 44,4% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q20 Sprechen über Gefühle ermöglichen | 9 | 100,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q21 gleichbleibender herzlicher und respektvoller Umgang | 6 | 66,7% | 3 | 33,3% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q22 Einzigartigkeit wahrnehmen | 5 | 55,6% | 4 | 44,4% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q23 professionelles Erscheinungsbild | 6 | 66,7% | 3 | 33,3% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q24 gut organisiert sein | 2 | 22,2% | 6 | 66,7% | 1 | 11,1% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q25 Sicherheit in Verabreichung therapeutischer Maßnahmen | 5 | 55,6% | 4 | 44,4% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q26 gelassen sein | 2 | 22,2% | 6 | 66,7% | 1 | 11,1% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q27 den Bedürfnissen entsprechende Pflege | 6 | 66,7% | 2 | 22,2% | 1 | 11,1% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q28 Informationsaustausch zwischen Pflegepersonen | 4 | 44,4% | 3 | 33,3% | 2 | 22,2% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q29 Wissen wann Arzt nötig ist | 8 | 88,9% | 1 | 11,1% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |

Tabelle 30: Erfüllbarkeit der caring-Bedürfnisse palliatives Setting

(q1-q5 = „Verfügbarkeit“; q6-q10 = „Information und Förderung“; q11-q12 = „Wohlbefinden schaffen“; q13-q14 = „Vorausschauen“; q15-q22 = „Vertrauensvolle Beziehung“; q23-q29 = „Fachliche Sicherheit“)

Erfüllbarkeit nach Geschlecht

| | Geschlecht | | | | | | | | | | | |
|--|------------|-----------------------|----------|-----------------------|--------|-----------------------|----------|-----------------------|----------|-----------------------|--------|-----------------------|
| | männlich | | | | | | weiblich | | | | | |
| | immer | | manchmal | | nie | | immer | | manchmal | | nie | |
| | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) |
| q1 Zugehen auf PatientIn | 14 | 73,7% | 4 | 21,1% | 1 | 5,3% | 130 | 92,9% | 9 | 6,4% | 1 | ,7% |
| q2 Zeitgerechte Behandlung | 16 | 84,2% | 3 | 15,8% | 0 | ,0% | 121 | 87,7% | 15 | 10,9% | 2 | 1,4% |
| q3 regelmäßiges nach dem Patienten sehen | 19 | 100,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 134 | 95,0% | 7 | 5,0% | 0 | ,0% |
| q4 rasche Reaktion auf Läuten | 18 | 100,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 140 | 99,3% | 1 | ,7% | 0 | ,0% |
| q5 Ermutigung zu läuten | 19 | 100,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 138 | 98,6% | 2 | 1,4% | 0 | ,0% |
| q6 Information über Unterstützungsangebote | 9 | 47,4% | 6 | 31,6% | 4 | 21,1% | 86 | 61,4% | 34 | 24,3% | 20 | 14,3% |
| q7 Anbieten von Informationen | 16 | 84,2% | 2 | 10,5% | 1 | 5,3% | 128 | 91,4% | 10 | 7,1% | 2 | 1,4% |
| q8 Erklärung pflegerischer Aspekte | 19 | 100,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 137 | 97,2% | 3 | 2,1% | 1 | ,7% |
| q9 Anleitung zur Selbstversorgung | 18 | 94,7% | 0 | ,0% | 1 | 5,3% | 136 | 97,1% | 4 | 2,9% | 0 | ,0% |
| q10 Vorbereitung von Fragen für Arzt | 16 | 84,2% | 2 | 10,5% | 1 | 5,3% | 102 | 72,9% | 28 | 20,0% | 10 | 7,1% |
| q11 angenehme Bedingungen schaffen | 18 | 94,7% | 1 | 5,3% | 0 | ,0% | 131 | 92,9% | 10 | 7,1% | 0 | ,0% |
| q12 Unterstützung Positives zu sehen | 18 | 94,7% | 1 | 5,3% | 0 | ,0% | 130 | 93,5% | 8 | 5,8% | 1 | ,7% |
| q13 Wissen über belastende Situationen und zeitgerechte Reaktion | 19 | 100,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 116 | 83,5% | 22 | 15,8% | 1 | ,7% |
| q14 Wahrnehmen der Bedürfnisse | 14 | 73,7% | 5 | 26,3% | 0 | ,0% | 105 | 76,1% | 30 | 21,7% | 3 | 2,2% |
| q15 Unterstützung beim Festlegen von Zielen | 17 | 89,5% | 2 | 10,5% | 0 | ,0% | 104 | 74,3% | 27 | 19,3% | 9 | 6,4% |
| q16 Unterstützung bei Klärung und Ordnung von Gedanken | 16 | 84,2% | 2 | 10,5% | 1 | 5,3% | 96 | 69,1% | 38 | 27,3% | 5 | 3,6% |
| q17 Bestärkung Fragen zu stellen | 17 | 89,5% | 2 | 10,5% | 0 | ,0% | 129 | 91,5% | 11 | 7,8% | 1 | ,7% |
| q18 höchste Priorität des Patienten | 16 | 84,2% | 1 | 5,3% | 2 | 10,5% | 119 | 85,0% | 15 | 10,7% | 6 | 4,3% |
| q19 Gefühl von Vertrauen vermitteln | 17 | 89,5% | 1 | 5,3% | 1 | 5,3% | 134 | 96,4% | 4 | 2,9% | 1 | ,7% |
| q20 Sprechen über Gefühle ermöglichen | 17 | 89,5% | 1 | 5,3% | 1 | 5,3% | 134 | 95,0% | 6 | 4,3% | 1 | ,7% |
| q21 gleichbleibender herzlicher und respektvoller Umgang | 19 | 100,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 140 | 99,3% | 1 | ,7% | 0 | ,0% |
| q22 Einzigartigkeit wahrnehmen | 16 | 84,2% | 2 | 10,5% | 1 | 5,3% | 134 | 96,4% | 5 | 3,6% | 0 | ,0% |
| q23 professionelles Erscheinungsbild | 19 | 100,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 137 | 97,2% | 4 | 2,8% | 0 | ,0% |
| q24 gut organisiert sein | 15 | 78,9% | 4 | 21,1% | 0 | ,0% | 133 | 94,3% | 8 | 5,7% | 0 | ,0% |
| q25 Sicherheit in Verabreichung therapeutischer Maßnahmen | 16 | 84,2% | 1 | 5,3% | 2 | 10,5% | 135 | 97,8% | 2 | 1,4% | 1 | ,7% |
| q26 gelassen sein | 17 | 89,5% | 1 | 5,3% | 1 | 5,3% | 124 | 89,9% | 11 | 8,0% | 3 | 2,2% |
| q27 den Bedürfnissen entsprechende Pflege | 16 | 84,2% | 2 | 10,5% | 1 | 5,3% | 139 | 98,6% | 2 | 1,4% | 0 | ,0% |
| q28 Informationsaustausch zwischen Pflegepersonen | 13 | 68,4% | 6 | 31,6% | 0 | ,0% | 125 | 89,3% | 13 | 9,3% | 2 | 1,4% |
| q29 Wissen wann Arzt nötig ist | 18 | 94,7% | 1 | 5,3% | 0 | ,0% | 141 | 100,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |

Tabelle 31: Erfüllbarkeit der caring-Bedürfnisse nach Geschlecht

(q1-q5 = „Verfügbarkeit“; q6-q10 = „Information und Förderung“; q11-q12 = „Wohlbefinden schaffen“; q13-q14 = „Vorausschauen“; q15-q22 = „Vertrauensvolle Beziehung“; q23-q29 = „Fachliche Sicherheit“)

Erfüllbarkeit nach Alter und Tätigkeitsdauer

| | | Alter in Jahren (n= mind. 155) | Dauer der Tätigkeit im onkologische n Bereich (n= mind. 105) |
|------------------|--|--------------------------------------|--|
| Spearman- Rho | q1 Zugehen auf PatientIn | -,083 | -,049 |
| | q2 Zeitgerechte Behandlung | -,076 | -,090 |
| | q3 regelmäßiges nach dem Patienten sehen | ,127 | ,276** |
| | q4 rasche Reaktion auf Läuten | -,071 | ,192* |
| | q5 Ermutigung zu läuten | ,010 | -,025 |
| | q6 Information über Unterstützungsangebote | -,382** | -,206* |
| | q7 Anbieten von Informationen | -,055 | -,005 |
| | q8 Erklärung pflegerischer Aspekte | -,010 | -,002 |
| | q9 Anleitung zur Selbstversorgung | ,183* | ,090 |
| | q10 Vorbereitung von Fragen für Arzt | -,005 | ,088 |
| | q11 angenehme Bedingungen schaffen | -,074 | ,012 |
| | q12 Unterstützung Positives zu sehen | -,007 | ,049 |
| | q13 Wissen über belastende Situationen und zeitgerechte Reaktion | -,079 | -,029 |
| | q14 Wahrnehmen der Bedürfnisse | -,147 | -,180 |
| | q15 Unterstützung beim Festlegen von Zielen | ,044 | -,001 |
| | q16 Unterstützung bei Klärung und Ordnung von Gedanken | -,083 | -,038 |
| | q17 Bestärkung Fragen zu stellen | ,181* | ,162 |
| | q18 höchste Priorität des Patienten | -,170* | ,032 |
| | q19 Gefühl von Vertrauen v ermitteln | ,017 | ,053 |
| | q20 Sprechen über Gefühle ermöglichen | ,059 | ,124 |
| | q21 gleichbleibender herzlicher und respektvoller Umgang | -,008 | ,022 |
| | q22 Einzigartigkeit wahrnehmen | -,026 | ,031 |
| | q23 professionelles Erscheinungsbild | ,176* | ,108 |
| | q24 gut organisiert sein | -,079 | -,253** |
| | q25 Sicherheit in Verabreichung therapeutischer Maßnahmen | -,012 | -,149 |
| | q26 gelassen sein | -,052 | -,097 |
| | q27 den Bedürfnissen entsprechende Pflege | -,138 | -,115 |
| | q28 Informationsaustausch zwischen Pflegepersonen | -,050 | -,124 |
| | q29 Wissen wann Arzt nötig ist | -,088 | -,103 |

Tabelle 32: Erfüllbarkeit der caring-Bedürfnisse nach Alter

(q1-q5 = „Verfügbarkeit“; q6-q10 = „Information und Förderung“; q11-q12 = „Wohlbefinden schaffen“; q13-q14 = „Vorausschauen“; q15-q22 = „Vertrauensvolle Beziehung“; q23-q29 = „Fachliche Sicherheit“)

Erfüllbarkeit nach Bildung

| | Ausbildungsort in 2 Kategorien | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------------|-----------------------|----------|-----------------------|--------|-----------------------|---------|-----------------------|----------|-----------------------|--------|-----------------------|
| | Österreich | | | | | | Ausland | | | | | |
| | immer | | manchmal | | nie | | immer | | manchmal | | nie | |
| | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) | Anzahl | Anzahl der Zeilen (%) |
| q1 Zugehen auf PatientIn | 107 | 91,5% | 9 | 7,7% | 1 | ,9% | 26 | 86,7% | 3 | 10,0% | 1 | 3,3% |
| q2 Zeitgerechte Behandlung | 101 | 86,3% | 14 | 12,0% | 2 | 1,7% | 26 | 92,9% | 2 | 7,1% | 0 | ,0% |
| q3 regelmäßiges nach dem Patienten sehen | 113 | 95,8% | 5 | 4,2% | 0 | ,0% | 28 | 93,3% | 2 | 6,7% | 0 | ,0% |
| q4 rasche Reaktion auf Läuten | 116 | 99,1% | 1 | ,9% | 0 | ,0% | 30 | 100,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q5 Ermutigung zu läuten | 117 | 100,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% | 28 | 93,3% | 2 | 6,7% | 0 | ,0% |
| q6 Information über Unterstützungsangebote | 67 | 57,3% | 30 | 25,6% | 20 | 17,1% | 19 | 63,3% | 7 | 23,3% | 4 | 13,3% |
| q7 Anbieten von Informationen | 107 | 91,5% | 9 | 7,7% | 1 | ,9% | 26 | 86,7% | 2 | 6,7% | 2 | 6,7% |
| q8 Erklärung pflegerischer Aspekte | 116 | 98,3% | 2 | 1,7% | 0 | ,0% | 28 | 93,3% | 1 | 3,3% | 1 | 3,3% |
| q9 Anleitung zur Selbstversorgung | 115 | 98,3% | 1 | ,9% | 1 | ,9% | 28 | 93,3% | 2 | 6,7% | 0 | ,0% |
| q10 Vorbereitung von Fragen für Arzt | 89 | 75,4% | 19 | 16,1% | 10 | 8,5% | 19 | 63,3% | 10 | 33,3% | 1 | 3,3% |
| q11 angenehme Bedingungen schaffen | 109 | 92,4% | 9 | 7,6% | 0 | ,0% | 28 | 93,3% | 2 | 6,7% | 0 | ,0% |
| q12 Unterstützung Positives zu sehen | 108 | 92,3% | 9 | 7,7% | 0 | ,0% | 29 | 96,7% | 0 | ,0% | 1 | 3,3% |
| q13 Wissen über belastende Situationen und zeitgerechte Reaktion | 98 | 83,8% | 18 | 15,4% | 1 | ,9% | 26 | 86,7% | 4 | 13,3% | 0 | ,0% |
| q14 Wahrnehmen der Bedürfnisse | 89 | 75,4% | 27 | 22,9% | 2 | 1,7% | 22 | 75,9% | 7 | 24,1% | 0 | ,0% |
| q15 Unterstützung beim Festlegen von Zielen | 90 | 76,3% | 20 | 16,9% | 8 | 6,8% | 24 | 80,0% | 5 | 16,7% | 1 | 3,3% |
| q16 Unterstützung bei Klärung und Ordnung von Gedanken | 85 | 72,0% | 30 | 25,4% | 3 | 2,5% | 19 | 63,3% | 9 | 30,0% | 2 | 6,7% |
| q17 Bestärkung Fragen zu stellen | 111 | 94,1% | 7 | 5,9% | 0 | ,0% | 24 | 80,0% | 5 | 16,7% | 1 | 3,3% |
| q18 höchste Priorität des Patienten | 100 | 85,5% | 13 | 11,1% | 4 | 3,4% | 25 | 83,3% | 2 | 6,7% | 3 | 10,0% |
| q19 Gefühl von Vertrauen vermitteln | 112 | 96,6% | 3 | 2,6% | 1 | ,9% | 28 | 93,3% | 2 | 6,7% | 0 | ,0% |
| q20 Sprechen über Gefühle ermöglichen | 114 | 96,6% | 3 | 2,5% | 1 | ,8% | 26 | 86,7% | 3 | 10,0% | 1 | 3,3% |
| q21 gleichbleibender herzlicher und respektvoller Umgang | 117 | 99,2% | 1 | ,8% | 0 | ,0% | 30 | 100,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q22 Einzigartigkeit wahrnehmen | 110 | 94,0% | 6 | 5,1% | 1 | ,9% | 29 | 96,7% | 1 | 3,3% | 0 | ,0% |
| q23 professionelles Erscheinungsbild | 116 | 98,3% | 2 | 1,7% | 0 | ,0% | 29 | 96,7% | 1 | 3,3% | 0 | ,0% |
| q24 gut organisiert sein | 110 | 93,2% | 8 | 6,8% | 0 | ,0% | 27 | 90,0% | 3 | 10,0% | 0 | ,0% |
| q25 Sicherheit in Verabreichung therapeutischer Maßnahmen | 112 | 95,7% | 3 | 2,6% | 2 | 1,7% | 30 | 100,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |
| q26 gelassen sein | 104 | 88,9% | 11 | 9,4% | 2 | 1,7% | 28 | 96,6% | 1 | 3,4% | 0 | ,0% |
| q27 den Bedürfnissen entsprechende Pflege | 115 | 97,5% | 2 | 1,7% | 1 | ,8% | 29 | 96,7% | 1 | 3,3% | 0 | ,0% |
| q28 Informationsaustausch zwischen Pflegepersonen | 101 | 86,3% | 14 | 12,0% | 2 | 1,7% | 25 | 83,3% | 5 | 16,7% | 0 | ,0% |
| q29 Wissen wann Arzt nötig ist | 117 | 99,2% | 1 | ,8% | 0 | ,0% | 30 | 100,0% | 0 | ,0% | 0 | ,0% |

Tabelle 33: Erfüllbarkeit der caring-Bedürfnisse nach Bildung

(q1-q5 = „Verfügbarkeit“; q6-q10 = „Information und Förderung“; q11-q12 = „Wohlbefinden schaffen“; q13-q14 = „Vorausschauen“; q15-q22 = „Vertrauensvolle Beziehung“; q23-q29 = „Fachliche Sicherheit“)

9.1.4 Ergebnisse Signifikanztests Unterschied nach Setting

| | Q-Befragung | | Erfüllung | MitarbeiterInnen |
|-----|-----------------------|------------|---------------------------------|---------------------------------|
| | Signifikanz Chi2-Test | Cramer's V | Signifikanz Kruskal Wallis Test | Signifikanz Kruskal Wallis Test |
| q1 | 0,700 | 0,087 | 0,188 | 0,112 |
| q2 | 0,289 | 0,131 | 0,166 | 0,419 |
| q3 | 0,271 | 0,133 | 0,339 | 0,730 |
| q4 | 0,424 | 0,115 | 0,388 | 0,496 |
| q5 | 0,550 | 0,178 | 0,140 | 0,416 |
| q6 | 0,998 | 0,021 | 0,730 | 0,117 |
| q7 | 0,113 | 0,160 | 0,835 | 0,527 |
| q8 | 0,138 | 0,154 | 0,240 | 0,850 |
| q9 | 0,625 | 0,095 | 0,046 | 0,209 |
| q10 | 0,949 | 0,050 | 0,236 | 0,059 |
| q11 | 0,679 | 0,089 | 0,957 | 0,623 |
| q12 | 0,162 | 0,150 | 0,551 | 0,140 |
| q13 | 0,398 | 0,118 | 0,346 | 0,277 |
| q14 | 0,105 | 0,162 | 0,060 | 0,165 |
| q15 | 0,696 | 0,087 | 0,743 | 0,000 |
| q16 | 0,176 | 0,147 | 0,132 | 0,083 |
| q17 | 0,281 | 0,132 | 0,160 | 0,636 |
| q18 | 0,350 | 0,123 | 0,764 | 0,359 |
| q19 | 0,010 | 0,213 | 0,261 | 0,235 |
| q20 | 0,677 | 0,089 | 0,608 | 0,578 |
| q21 | 0,897 | 0,061 | 0,770 | 0,647 |
| q22 | 0,530 | 0,104 | 0,115 | 0,138 |
| q23 | 0,099 | 0,163 | 0,415 | 0,053 |
| q24 | 0,739 | 0,082 | 0,422 | 0,123 |
| q25 | 0,214 | 0,141 | 0,994 | 0,760 |
| q26 | 0,603 | 0,097 | 0,491 | 0,664 |
| q27 | 0,413 | 0,116 | 0,868 | 0,290 |
| q28 | 0,827 | 0,072 | 0,195 | 0,545 |
| q29 | 0,370 | 0,121 | 0,868 | 0,487 |

Tabelle 34: Übersicht Signifikanztests Q-Fragen nach Setting

9.2 Übersicht Erhebungsinstrumente

Eingesetzte Erhebungsinstrumente

| Item | CARE-Q (Original) | Modifizierte Version CARE-Q- Uni Wien (Prioritätenbefragung-Q-Sort) | CARE/SAT (Erfüllungsbefragung) | Modified CARE-Q (Holroyd, Yue-kuen, Sau-wai, Fung-shan & Waiwan) (Erfüllbarkeitsbefragung) |
|------|---|---|--|---|
| | Damit Sie sich umsorgt fühlen, wie wichtig ist Ihnen, dass die Pflegeperson... | Damit Sie sich umsorgt fühlen, wie wichtig ist Ihnen, dass die Pflegeperson... | Die Pflegepersonen haben während der letzten Woche... | Wenn ich PatientInnen pflege... |
| 1 | ...regelmäßig von sich aus auf Sie zugeht, um z.B. unterstützende Maßnahmen anzubieten (Schmerzmittelmedikation, Einreibungen etc.) | ...regelmäßig von sich aus auf Sie zugeht, um z.B. unterstützende Maßnahmen anzubieten (Schmerzmittelmedikation, Einreibungen etc.) | ...mir unterstützende Maßnahmen angeboten (Schmerzmittelmedikation, Einreibungen) und sind von sich aus regelmäßig auf mich zugegangen | ...gehe ich regelmäßig von mir aus auf sie zu, um z.B. unterstützende Maßnahmen anzubieten (Schmerzmittelmedikation, Einreibungen etc.) |
| 2 | ...freiwillig Kleinigkeiten für Sie übernimmt (beispielsweise das Bringen von einer Tasse Kaffee, Zeitung) | | | |
| 3 | ...eine zeitgerechte Verabreichung der Behandlungen veranlasst | ...eine zeitgerechte Verabreichung der Behandlungen veranlasst | ...die Verabreichung der Behandlungen zeitgerecht veranlasst | ...ist es mir möglich eine zeitgerechte Verabreichung der Behandlungen zu veranlassen |
| 4 | ...regelmäßig nach Ihnen sieht | ...regelmäßig nach Ihnen sieht | ...regelmäßig nach mir gesehen | ... sehe ich regelmäßig nach ihnen |
| 5 | ...rasch auf Ihr „Läuten“ reagiert | ...rasch auf Ihr „Läuten“ reagiert | ...rasch auf mein „Läuten“ reagiert | ... reagiere ich rasch auf ihr „Läuten“ |
| 6 | ...Sie dazu ermutigt zu läuten, wenn Sie ein Problem haben | ...Sie dazu ermutigt zu läuten, wenn Sie ein Problem haben | ... mich ermutigt zu läuten, wenn ich Probleme hatte | ... ermutige ich sie zu läuten, wenn sie ein Problem haben |
| 7 | ...Sie über verfügbare Unterstützungsangebote informiert (z.B. Selbsthilfegruppen) | ...Sie über verfügbare Unterstützungsangebote informiert (z.B. Selbsthilfegruppen) | ...über verfügbare Unterstützungsmöglichkeiten informiert (z.B. Selbsthilfegruppen) | ...informiere ich sie über verfügbare Unterstützungsangebote (z.B. Selbsthilfegruppen) |
| 8 | ...Ihnen angemessene Information bietet, damit Sie sich nicht unwissend fühlen | ...Ihnen angemessene Information bietet, damit Sie sich nicht unwissend fühlen | ...angemessene Information geboten, damit ich mich nicht unwissend fühlte | ...biete ich ihnen angemessene Information, damit sie sich nicht unwissend fühlen |
| 9 | ...Sie in verständlicher Sprache über wichtige Aspekte informiert (Pflege, Behandlung, Erkrankung) | ...Ihnen alles was in Zusammenhang mit Ihrer Pflege wichtig ist erklärt | ...alles was in Zusammenhang mit meiner Pflege wichtig ist erklärt | ... erkläre ich ihnen alles was in Zusammenhang mit ihrer Pflege wichtig ist |
| 10 | ... Sie anleitet, wie Sie sich selbst versorgen können, wenn Ihnen dies möglich ist | ... Sie anleitet, wie Sie sich selbst versorgen können, wenn Ihnen dies möglich ist | ... angeleitet, wie ich mich selbst versorgen kann, wenn mir dies möglich war | ... leite ich sie an, wie sie sich selbst versorgen können, wenn ihnen dies möglich ist |
| 11 | ...Ihnen hilft die Fragen, welche Sie Ihrem/Ihrer Arzt/Ärztin stellen wollen, vorzubereiten | ...Ihnen hilft die Fragen, welche Sie Ihrem/Ihrer Arzt/Ärztin stellen wollen, vorzubereiten | ... geholfen Fragen, welche ich meinem/meiner Arzt/Ärztin stellen wollte, vorzubereiten | ... helfe ich ihnen Fragen, welche Sie ihrem/ihrer Arzt/Ärztin stellen wollen, vorzubereiten |

| Item | CARE-Q (Original) | Modifizierte Version CARE-Q- Uni Wien (Prioritätenbefragung-Q-Sort) | CARE/SAT (Erfüllungsbefragung) | Modified CARE-Q (Holroyd, Yue-kuen, Sau-wai, Fung-shan & Waiwan) (Erfüllbarkeitsbefragung) |
|------|---|---|---|---|
| 12 | ...Ihren Gesundheitszustand betreffend ehrlich ist | | | |
| 13 | ...Ihnen Bedingungen schafft, dass Sie sich wohl fühlen (z.B. durch angenehme Lichtverhältnisse, Reduktion der Lärmbelästigung) | ...Ihnen Bedingungen schafft, dass Sie sich wohl fühlen (z.B. durch angenehme Lichtverhältnisse, Reduktion der Lärmbelästigung) | ...Bedingungen geschafft, dass ich mich wohl fühlte (z.B. durch angenehme Lichtverhältnisse, Reduktion der Lärmbelastung) | ... schaffe ich ihnen Bedingungen, dass sie sich wohl fühlen (z.B. durch angenehme Lichtverhältnisse) |
| 14 | ... Sie unterstützt, trotz der schwierigen Situation Positives zu sehen | ... Sie unterstützt, trotz der schwierigen Situation Positives zu sehen | ...mich unterstützt, trotz der schwierigen Situation Positives zu sehen | ... unterstütze ich sie, trotz der schwierigen Situation positives zu sehen |
| 15 | ...auch wenn Sie gerade keinen „guten Tag“ haben geduldig ist | | | |
| 16 | ...„herzlich“ ist | | | |
| 17 | ...sich zu Ihnen setzt | | | |
| 18 | ...Sie berührt, wenn es wohltuend für Sie ist | | | |
| 19 | ...Ihnen zuhört | | | |
| 20 | ...mit Ihnen spricht | | | |
| 21 | ...Ihre Familie oder andere für Sie wichtige Personen in die Pflege mit einschließt | | | |
| 22 | ...bewusst wahrnimmt, dass die Nächte oftmals die „schwierigste Zeit“ sein können | | | |
| 23 | ...weiß, wann belastende Situationen eintreten können und auf diese zeitgerecht reagiert | ...weiß, wann belastende Situationen eintreten können und auf diese zeitgerecht reagiert | ...gewusst, wann belastende Situationen eintraten und reagierten auf diese zeitgerecht | ... weiß ich, wann belastende Situationen eintreten können und reagiere auf diese zeitgerecht |
| 24 | ...weiß, wann es für Sie „zu viel“ wird und dementsprechend handelt (z.B. Terminänderung von Untersuchungen, bewusste Auswahl von Besuchern, Schutz der Privatsphäre) | ...meine Bedürfnisse, ohne mich vorher fragen zu müssen, wahrgenommen hat | ...meine Bedürfnisse, ohne mich vorher fragen zu müssen, wahrgenommen | ... kann ich ihre Bedürfnisse, ohne sie vorher fragen zu müssen, wahrnehmen |
| 25 | ...Ihre Bedürfnisse wahrnimmt und möglichen eintretenden Problemen | | | |

| Item | CARE-Q (Original) | Modifizierte Version CARE-Q- Uni Wien (Prioritätenbefragung-Q-Sort) | CARE/SAT (Erfüllungsbefragung) | Modified CARE-Q (Holroyd, Yue-kuen, Sau-wai, Fung-shan & Waiwan) (Erfüllbarkeitsbefragung) |
|------|--|--|---|---|
| | vorbeugt | | | |
| 26 | ...weiß, dass die „erste Zeit“ oftmals am Härtesten ist und während dieser Zeit besonders aufmerksam ist | | | |
| 27 | ...wenn sie bei Ihnen ist ihre volle Aufmerksamkeit auf Sie richtet | | | |
| 28 | ...Ihnen nicht nur in kritischen Phasen Aufmerksamkeit schenkt | | | |
| 29 | ...Ihnen Ihren Zustand entsprechend eine Auswahl von Zeitpunkten anbietet (beispielsweise durch die Anpassung von Untersuchungsterminen, Therapie, pflegerische Maßnahmen) | | | |
| 30 | ...Sie beim Festlegen Ihrer individuellen Ziele unterstützt | ...Sie beim Festlegen Ihrer individuellen Ziele unterstützt | ...mich beim Festlegen meiner individuellen Ziele unterstützt | ...unterstütze ich sie beim Festlegen ihrer individuellen Ziele |
| 31 | ...herausfindet, wann es am Besten ist, um mit Ihnen über Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes zu sprechen | | | |
| 32 | ...überprüft, ob dass was sie an Bedürfnissen der PatientInnen wahrgenommen mit Ihren Bedürfnissen tatsächlich übereinstimmt | | | |
| 33 | ...bei der Klärung und Ordnung der Gedanken hinsichtlich der Erkrankung und Behandlung hilft | ...bei der Klärung und Ordnung der Gedanken hinsichtlich der Erkrankung und Behandlung hilft | ...bei der Klärung und Ordnung der Gedanken hinsichtlich der Erkrankung und Behandlung geholfen | ...kann ich bei der Klärung und Ordnung der Gedanken hinsichtlich der Erkrankung und Behandlung behilflich sein |
| 34 | ...erkennt, dass Sie selbst wissen was für Sie am wohlthuendsten ist und Sie, wann immer dies auch möglich ist, in die Planung Ihrer Pflege miteinschließt | | | |
| 35 | ...Sie bestärkt Fragen zu stellen | ...Sie bestärkt Fragen zu stellen | ... mich bestärkt Fragen zu stellen | ... bestärke ich sie Fragen zu stellen |
| 36 | ...den Patienten die höchste Priorität einräumt | ...den Patienten die höchste Priorität einräumt egal was sonst passiert | ...mir die höchste Priorität eingeräumt | ... räume ich ihnen die höchste Priorität ein egal was sonst passierte |
| 37 | ...liebenswert und freundlich zu Ihrer Familie und zu anderen für Sie wichtigen Personen ist | ...Ihnen und Ihrer Familie ein Gefühl von „Vertrauen“ vermittelt | ...mir und meiner Familie ein Gefühl von „Vertrauen“ vermittelt | ...vermittele ich ihnen und ihrer Familie ein Gefühl von „Vertrauen“ |

| Item | CARE-Q (Original) | Modifizierte Version CARE-Q- Uni Wien (Prioritätenbefragung-Q-Sort) | CARE/SAT (Erfüllungsbefragung) | Modified CARE-Q (Holroyd, Yue-kuen, Sau-wai, Fung-shan & Waiwan) (Erfüllbarkeitsbefragung) |
|------|--|--|--|--|
| 38 | ...es mir ermöglicht, dass Sie über Ihre Gefühle bezogen auf Ihre Erkrankung sprechen können | ...es ermöglicht, dass Sie über Ihre Gefühle bezogen auf Ihre Erkrankung sprechen können | ... es mir ermöglicht über meine Gefühle bezogen auf meine Erkrankung gesprochen | ... ermöglihe ich ihnen, dass sie über Ihre Gefühle bezogen auf ihre Erkrankung sprechen können |
| 39 | ...Sie fragt, wie Sie angesprochen werden möchten | | | |
| 40 | ...mit Ihnen gleich bleibend herzlich und respektvoll umgeht | ...mit Ihnen gleich bleibend herzlich und respektvoll umgeht | ... einen gleich bleibenden und respektvollen Umgang mit mir gepflegt | ... gehe ich mit ihnen gleich bleibend herzlich und respektvoll um |
| 41 | ...Sie als Mensch in Ihrer Einzigartigkeit wahrnimmt | ...Sie als Mensch in Ihrer Einzigartigkeit wahrnimmt | ...mich als Mensch in meiner Einzigartigkeit wahrgenommen | ...nehme ich sie in ihrer Einzigartigkeit wahr |
| 42 | ...sich Ihnen vorstellt und Sie darüber informiert, welche Rolle sie im Rahmen Ihrer Pflege übernimmt | | | |
| 43 | ...professionell im Auftreten und Erscheinungsbild ist (angemessene Kleidung, Namensschild etc.) | ...professionell im Auftreten und Erscheinungsbild ist (angemessene Kleidung, Namensschild etc.) | ... im Auftreten und Erscheinungsbild professionell auf mich gewirkt (angemessene Kleidung, Namensschild etc.) | ...bin ich professionell im Auftreten und Erscheinungsbild (angemessene Kleidung, Namensschild etc.) |
| 44 | ...eine Terminplanung erstellt, die für Ihren Zustand und Ihre Situation angemessen ist (z.B. Untersuchungen, Therapien, pflegerische Maßnahmen) | | | |
| 45 | ...gut organisiert ist | ...gut organisiert ist | ... gut organisiert gewirkt | ...bin ich gut organisiert |
| 46 | ...sicher in der Verabreichung von therapeutischen Maßnahmen (Injektionen, Infusionen) und im Umgang mit Gerätschaften ist | ...sicher in der Verabreichung von therapeutischen Maßnahmen (Injektionen, Infusionen) und im Umgang mit Gerätschaften ist | ...in der Verabreichung von therapeutischen Maßnahmen (Injektionen, Infusionen) und im Umgang mit Gerätschaften sicher gewirkt | ...bin ich sicher in der Verabreichung von therapeutischen Maßnahmen (Injektionen, Infusionen) und im Umgang mit Gerätschaften |
| 47 | ...gelassen ist | ...gelassen ist | ... gelassen gewirkt | ...bin ich gelassen |
| 48 | ...Ihnen, die ihren Bedürfnissen entsprechende Pflege zukommen lässt | ...Ihnen, die ihren Bedürfnissen entsprechende Pflege zukommen lässt | ... meinen Bedürfnissen entsprechende Pflege zukommen lassen | ...lasse ich ihnen, die ihren Bedürfnissen entsprechende Pflege zukommen |
| 49 | ...sicherstellt, dass alle Pflegepersonen wissen, wie Ihre individuelle Pflege zu gestalten ist | ...sicherstellt, dass alle Pflegepersonen wissen, wie Ihre individuelle Pflege zu gestalten ist | ...sicher gestellt, dass alle Pflegepersonen wissen, wie meine individuelle Pflege zu gestalten war | ... stelle ich sicher, dass alle Pflegepersonen wissen, wie ihre individuelle Pflege zu gestalten ist |
| 50 | ...weiß, wann es notwendig ist die Ärztin/den Arzt zu holen bzw. anzurufen | ...weiß, wann es notwendig ist die Ärztin/den Arzt zu holen bzw. anzurufen | ...gewusst, wann es notwendig ist die Ärztin/den Arzt zu holen bzw. anzurufen | ... weiß ich, wann es notwendig ist die Ärztin/Arzt zu holen bzw. anzurufen |

Tabelle 35: Eingesetzte Instrumente

9.3 Vortest Protokoll

Tagesbettenstation Onkologie Krankenhaus Hietzing

Allgemeines Resümee:

Der Vortest des „caring-Projektes“ fand am 17.02.2010 auf der Tagesbettenstation der Onkologie des Krankenhauses Hietzing statt. Insgesamt wurden vier PatientInnen in den Vortest eingeschlossen. Zwei Frauen und zwei Männer.

- Notwendiger Zeitaufwand ca. 20-30 Minuten
- Items wurden von den ProbandInnen verstanden

Kritik:

- Zu viele Items → daher zu anstrengend für die PatientInnen
- Selbstständiges Lesen und Zuteilung zu den Kategorien teilweise nicht möglich → Problem – eventuell zu abstrakt und daher zeitaufwändiger und schwieriger für die PatientInnen
- Q-Sort Methode nur durch genaue Anweisung und Einführung möglich → Kategorien „sehr wichtig“ und „eher wichtig“ beinhalteten immer zu viele Kärtchen

Erläuterungen:

Dem ersten Probanden mussten die Kärtchen vorgelesen werden und die Forscherin übernahm auch die Einordnung in die jeweilige Kategorie. Die vollständige Aufteilung der Items nach der Q-Sort Methode war nicht möglich. Ganz klar dominierte die Vergabe der Kärtchen in den Kategorien „sehr wichtig“ (4) und „eher wichtig“ (10). Während der Befragung (ca. nach dem 30. Item) machte sich eine leichte Erschöpfung des Probanden bemerkbar. Nach Fertigstellung der Befragung und erneuerter Aufforderung des Patienten die Kärtchen nochmals durchzudenken und eventuell überfüllte Kategorien aufzuteilen, konnten noch einige wenige Items aus den überfüllten Kategorien „sehr wichtig“ (15) und „eher wichtig“ (15) auf die anderen fünf Boxen aufgeteilt werden.

Dem zweiten Probanden war es nicht möglich sich selbstständig das Informationsblatt für PatientInnen durchzulesen. Die Forscherin übernahm die Information und auch die Aufklärung des Patienten persönlich. Auch die Items mussten vorgelesen und weiters durch die Forscherin zugeordnet werden. Auch hier konnte die Zuteilung der Items nach der Q-Sort Methode nicht vollständig durchgeführt werden. Wieder tendierte die Vergabe der Items durch den Probanden in die Kategorien „sehr wichtig“ und „eher wichtig“. Die beiden überfüllten Kategorien „sehr wichtig“ (9) und „eher wichtig“ (25) konnten durch die Mithilfe der Forscherin verhältnismäßig gut auf andere Kategorien aufgeteilt werden („sehr wichtig“ – „4“

und „eher wichtig“ – „15“). Nach erneuter Aufteilung beinhaltete die Kategorie „sehr wichtig“ korrekterweise vier Items, „eher wichtig“ beinhaltete jedoch noch immer 15 und die Kategorie „unwichtig“ sieben Kärtchen.

Die dritte Probandin erwies sich als sehr selbstständig. Ihr wurde das Infoblatt und Aufklärungsblatt für die Einverständniserklärung ausgehändigt. Sie konnte die Kärtchen selbstständig und alleine für sich durchlesen und dann auch zuordnen. Jedoch konnte auch hier die Aufteilung nach der Q-Sort Methode nicht eingehalten werden. Wieder war eine zahlenmäßig-korrekte Zuordnung bei den Kategorien „sehr wichtig“ (18), „eher wichtig“ (11) und „unwichtig“ nicht möglich. Eine nochmalige Aufforderung der Probandin die Kärtchen der überfüllten Kategorien aufzuteilen konnte nicht erzielt werden. Die Patientin rechtfertigte sich mit der Aussage: „Nein, das ist eigentlich meine Meinung!“

Der vierten Probandin wurde das Infoblatt ausgehändigt. Trotzdem wurde die Probandin zusätzlich durch die Forscherin informiert und aufgeklärt und in weiterer Folge die Zustimmung eingeholt. Dieser Patientin wurde der Fragebogen ausgehändigt und sie wurde lediglich aufgefordert ihre Bedürfnisse nach Wichtigkeit den sieben Kategorien zuzuordnen („das wichtigste“ bis „am wenigsten wichtigste“). Die Q-Sort Methode sollte hier probeweise und absichtlich keine Anwendung finden.

9.4 Verwendete Fragebögen

9.4.1 Prioritätenbefragung (PatientInnen)



V.-Prof. Hanna Mayer
Universität Wien
Institut für Pflegewissenschaft
Alser Straße 23/12
1080 Wien
☎ 01-42 77 / 49 801
✉ pflegewissenschaft@univie.ac.at

Einverständniserklärung

Ich wurde von der verantwortlichen Person für die Studie *"Caring Bedürfnisse krebserkrankter Menschen. Prioritäten und Erfüllung"* vollständig über Wesen, Bedeutung und Tragweite der Studie aufgeklärt. Ich habe das Informationsmaterial gelesen und verstanden. Ich hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen, habe die Antworten verstanden und akzeptiere diese. Ich bin über den möglichen Nutzen dieser Studie informiert.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme an dieser Studie zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme daran freiwillig ist. Ich weiß, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen diese Zustimmung widerrufen kann, ohne dass sich dieser Entschluss nachteilig auf mich auswirken wird.

Mir ist bekannt, dass meine Daten anonym gespeichert werden und ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden. Aus meiner Beteiligung an der Untersuchung entstehen mir weder Kosten noch werde ich dafür finanziell entschädigt.

Ich erkläre hiermit meine freiwillige Teilnahme an dieser Studie.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Mitwirkenden an der Studie

Ort, Datum
Studie

Unterschrift der verantwortlichen Person für die Studie

A Zu Ihrer Person

| | | | |
|---|--|---|------------|
| 1 | Sie sind... | ① männlich | ② weiblich |
| 2 | Ihr Geburtsjahr | 19□□ | |
| 3 | Welche Sprache ist ihre Muttersprache? | | |
| 4 | Welches Religionsbekenntnis haben Sie? | ① katholisch ② evangelisch ③ muslimisch ④ ohne Bekenntnis ⑤ sonstiges..... | |
| 5 | Welcher ist Ihr höchster Schulabschluss? | ① Hauptschule ② BMS ③ BHS/Gymnasium ④ Hochschulabschluss (Universität/Fachhochschule) | |
| 6 | Ist dies Ihre erste Behandlung/Operation/Therapie im Zusammenhang mit Ihrer Krebserkrankung? | ① ja ② nein | |
| 7 | Wie lange sind Sie bereits auf der Station? |Tage | |
| 8 | In welchem Bereich befindet sich das Karzinom? | (Entnahme aus der Krankengeschichte) | |

**Fragebogen
"Caring"**

| |
|-------------------|
| Datum: |
| Station: |
| Mitschrift |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| sehr wichtig | | | | | | | | | | | | | | |
| eher wichtig | | | | | | | | | | | | | | |
| weder wichtig noch unwichtig | | | | | | | | | | | | | | |
| eher unwichtig | | | | | | | | | | | | | | |
| unwichtig | | | | | | | | | | | | | | |

9.4.2 Erfüllungsbefragung (PatientInnen)



universität
wien

V.-Prof. Hanna Mayer
Universität Wien
Institut für Pflegewissenschaft
Alser Straße 23/12
1080 Wien
☎ 01-42 77 / 49 801
✉ pflegewissenschaft@univie.ac.at

Einverständniserklärung

Ich wurde von der verantwortlichen Person für die Studie "*Caring Bedürfnisse. Prioritäten und Erfüllung*" vollständig über Wesen, Bedeutung und Tragweite der Studie aufgeklärt. Ich habe das Informationsmaterial gelesen und verstanden. Ich hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen, habe die Antworten verstanden und akzeptiere diese. Ich bin über den möglichen Nutzen dieser Studie informiert.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme an dieser Studie zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme daran freiwillig ist. Ich weiß, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen diese Zustimmung widerrufen kann, ohne dass sich dieser Entschluss nachteilig auf mich auswirken wird.

Mir ist bekannt, dass meine Daten anonym gespeichert werden und ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden. Aus meiner Beteiligung an der Untersuchung entstehen mir weder Kosten noch werde ich dafür finanziell entschädigt.

Ich erkläre hiermit meine freiwillige Teilnahme an dieser Studie.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Mitwirkenden an der Studie

Ort, Datum

Unterschrift der verantwortlichen Person für die Studie

| B Die Pflegepersonen haben während der letzten Woche... | | trifft zu | eher | teils teils | eher nicht | Trifft nicht zu |
|--|---|------------------|-------------|--------------------|-------------------|------------------------|
| 1 | ... mir unterstützende Maßnahmen angeboten (Schmerzmittelmedikation, Einreibungen) und sind von sich aus regelmäßig auf mich zugegangen | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 2 | ...die Verabreichung der Behandlungen zeitgerecht veranlasst | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 3 | ... regelmäßig nach mir gesehen | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 4 | ...rasch auf mein „Läuten“ reagiert | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 5 | ... mich ermutigt zu läuten, wenn ich Probleme hatte | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 6 | ... über verfügbare Unterstützungsmöglichkeiten informiert (z.B. Selbsthilfegruppen) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 7 | ...angemessene Information geboten, damit ich mich nicht unwissend fühlte | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 8 | ... alles was in Zusammenhang mit meiner Pflege wichtig ist erklärt | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 9 | ... angeleitet, wie ich mich selbst versorgen kann, wenn mir dies möglich war | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 10 | ... geholfen Fragen, welche ich meinem/meiner Arzt/Ärztin stellen wollte, vorzubereiten | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 11 | ...Bedingungen geschaffen, dass ich mich wohl fühlte (z.B. durch angenehme Lichtverhältnisse, Reduktion der Lärmbelastung) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 12 | ...mich unterstützt, trotz der schwierigen Situation Positives zu sehen | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 13 | ...gewusst, wann belastende Situationen eintraten und reagierten auf diese zeitgerecht | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 14 | ... meine Bedürfnisse, ohne mich vorher fragen zu müssen, wahrgenommen | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 15 | ... mich beim Festlegen meiner individuellen Ziele unterstützt | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 16 | ...bei der Klärung und Ordnung der Gedanken hinsichtlich der Erkrankung und Behandlung geholfen | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

| B Die Pflegepersonen haben während der letzten Woche... | | trifft zu | eher | teils teils | eher nicht | Trifft nicht zu |
|--|---|------------------|-------------|--------------------|-------------------|------------------------|
| 17 | ... mich bestärkt Fragen zu stellen | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 18 | ... mir die höchste Priorität eingeräumt | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 19 | ... mir und meiner Familie ein Gefühl von „Vertrauen“ vermittelt | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 20 | ... es mir ermöglicht über meine Gefühle bezogen auf meine Erkrankung zu sprechen | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 21 | ... einen gleich bleibenden und respektvollen Umgang mit mir gepflegt | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 22 | ... mich als Mensch in meiner Einzigartigkeit wahrgenommen | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 23 | ... im Auftreten und Erscheinungsbild professionell auf mich gewirkt (angemessene Kleidung, Namensschild etc.) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 24 | ... gut organisiert gewirkt | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 25 | ... in der Verabreichung von therapeutischen Maßnahmen (Injektionen, Infusionen) und im Umgang mit Gerätschaften sicher gewirkt | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 26 | ... freundlich und gelassen gewirkt | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 27 | ... meinen Bedürfnissen entsprechende Pflege zukommen lassen | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 28 | ... sicher gestellt, dass alle Pflegepersonen wissen, wie meine individuelle Pflege zu | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 29 | ... gewusst, wann es notwendig ist die Ärztin/den Arzt zu holen bzw. anzurufen | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?

.....

.....

.....

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

9.4.3 Erfüllbarkeitsbefragung (MitarbeiterInnen)



universität
wien

Sehr geehrte MitarbeiterIn, sehr geehrter Mitarbeiter!

Im Rahmen einer gemeinsamen Studie des Krankenhauses „Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel“ und der „Universität Wien“ werden Bedürfnisse von PatientInnen und deren Einschätzung von Pflegepersonen erhoben. Ihre Meinung und Teilnahme an der Untersuchung ist uns sehr wichtig, sie hilft uns die momentane Situation der PatientInnen zu reflektieren und weiter an einer individuell angepassten Begleitung der PatientInnen zu arbeiten.

Das Ausfüllen des Fragebogens wird ungefähr 15 Minuten Ihrer Zeit in Anspruch nehmen. Bitte nehmen Sie sich Zeit und beantworten Sie die Fragen ehrlich, kritisch und spontan.

Wir sichern Ihnen natürlich einen vertraulichen Umgang mit den Daten zu: Die Fragebögen werden ausschließlich von den MitarbeiterInnen der Forschungsgruppe eingesehen und verarbeitet. Die Ergebnisse werden nur als Gruppenergebnisse zugänglich gemacht, so dass ein Rückschluss auf einzelne Personen nicht möglich ist. Alle Fragebögen werden nach Abschluss des Forschungsprojektes vernichtet. Die Daten werden ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet.

Wir bitten Sie den Fragenbogen bis spätestens eine Woche nach Erhalt auszufüllen und in die dafür vorgesehene Box zu werfen, welche von unseren MitarbeiterInnen regelmäßig geleert wird.

Falls Sie den Fragebogen nicht ausfüllen wollen, bitten wir Sie trotzdem auch unausgefüllte Fragebögen in die Box zu werfen.

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme und Mithilfe an unserem gemeinsamen Projekt!

Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien

1080 Wien, Alserstraße 23/12

Tel.: 01/4277 – 49801

V.-Prof. Dr. Hanna Mayer (Projektleitung)

Mag. Bettina Hojdelewicz (wissenschaftliche Planung und Mitarbeit – Tel: 01/801105022)

Mag. Helga Zellhofer (wissenschaftliche Planung und Mitarbeit – Tel: 01/4277 - 498 15)

Eva Zojer (wissenschaftliche Assistenz – Tel: 01/4277 – 49808)

A Zu Ihrer Person

| | | | |
|---|---|--|---|
| 1 | Sie sind... | ① männlich | ② weiblich |
| 2 | Ihr Geburtsjahr | 19□□ | |
| 3 | Sie sind... | ① DGKS/DGKP | ② Pflegehilfsdienst (weiter mit Frage 5) |
| 4 | Wann haben Sie diplomiert? |(Jahr) | |
| 5 | Wie lange sind Sie schon im onkologischen Bereich |(Jahre) | |
| 6 | Wo haben Sie diplomiert? | ① Österreich ② Deutschland ③ Schweiz ④ Tschechien ⑤ Slowakei ⑥ Ungarn ⑦ Polen ⑧ | |
| 7 | Welche Sprache ist ihre Muttersprache? | | |
| 8 | Welches Religionsbekenntnis haben Sie? | ① katholisch ② evangelisch ③ muslimisch ④ ohne Bekenntnis ⑤ sonstiges..... | |
| 9 | Welcher ist Ihr höchster Schulabschluss? | ① Hauptschule ② BMS ③ BHS/Gymnasium ④ Hochschulabschluss (Universität/Fachhochschule) | |

| B Schätzen Sie folgendes aus Ihrer Sicht ein: Wenn ich PatientInnen pflege... | | immer | häufig | manchmal | selten | nie |
|--|---|--------------|---------------|-----------------|---------------|------------|
| 1 | ...gehe ich regelmäßig von mir aus auf sie zu, um z.B. unterstützende Maßnahmen anzubieten (Schmerzmittelmedikation, Einreibungen etc.) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 2 | ...ist es mir möglich eine zeitgerechte Verabreichung der Behandlungen zu veranlassen | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 3 | ...sehe ich regelmäßig nach ihnen | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 4 | reagiere ich rasch auf ihr „Läuten“ | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 5 | ... ermutige ich sie zu läuten, wenn sie ein Problem haben | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 6 | ...informiere ich sie über verfügbare Unterstützungsangebote (z.B. Selbsthilfegruppen) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 7 | ...biete ich ihnen angemessene Information, damit sie sich nicht unwissend fühlen | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 8 | ... erkläre ich ihnen alles was in Zusammenhang mit ihrer Pflege wichtig ist | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 9 | ...leite ich sie an, wie sie sich selbst versorgen können, wenn ihnen dies möglich ist | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 10 | ... helfe ich ihnen Fragen, welche Sie ihrer Ärztin/ ihrem Arzt stellen wollen, vorzubereiten | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 11 | ... schaffe ich ihnen Bedingungen, dass sie sich wohl fühlen (z.B. durch angenehme Lichtverhältnisse) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 12 | ... unterstütze ich sie, trotz der schwierigen Situation positives zu sehen | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 13 | ... weiß ich, wann belastende Situationen eintreten können und reagiere auf diese zeitgerecht | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 14 | ... kann ich ihre Bedürfnisse, ohne sie vorher fragen zu müssen, wahrnehmen | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 15 | ...unterstütze ich sie beim Festlegen ihrer individuellen Ziele | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 16 | ...kann ich bei der Klärung und Ordnung der Gedanken hinsichtlich der Erkrankung und Behandlung behilflich sein | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 17 | ... bestärke ich sie Fragen zu stellen | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 18 | ... räume ich ihnen die höchste Priorität ein, egal was sonst passiert | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

| B Schätzen Sie folgendes aus Ihrer Sicht ein: Wenn ich PatientInnen pflege... | | immer | häufig | manchmal | selten | nie |
|--|--|--------------|---------------|-----------------|---------------|------------|
| 19 | ...vermittele ich ihnen und ihrer Familie ein Gefühl von „Vertrauen“ | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 20 | ... ermögliche ich ihnen, dass sie über ihre Gefühle bezogen auf ihre Erkrankung sprechen können | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 21 | ... gehe ich mit ihnen gleich bleibend herzlich und respektvoll um | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 22 | ...nehme ich sie in ihrer Einzigartigkeit wahr | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 23 | ...bin ich professionell im Auftreten und Erscheinungsbild (angemessene Kleidung, Namensschild etc.) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 24 | ...bin ich gut organisiert | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 25 | ...bin ich sicher in der Verabreichung von therapeutischen Maßnahmen (Injektionen, Infusionen) und im Umgang mit Gerätschaften | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 26 | ...bin ich gelassen | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 27 | ...lasse ich ihnen, die ihren Bedürfnissen entsprechende Pflege zukommen | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 28 | ... stelle ich sicher, dass alle Pflegepersonen wissen, wie ihre individuelle Pflege zu gestalten ist | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 29 | ... weiß ich, wann es notwendig ist die Ärztin/den Arzt zu holen bzw. anzurufen | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?

.....

.....

.....

.....

Bitte werfen Sie den ausgefüllten Fragebogen in die auf der Station aufgestellte Sammelbox.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

9.5 Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Abbildung 1: Krebsinzidenz in Österreich seit 1983..... | 1 |
| Abbildung 2: Logik der drei Messinstrumente im Vergleich..... | 13 |
| Abbildung 3: Darstellung der Q-Sort Befragung..... | 14 |
| Abbildung 4: Übersicht der beteiligten Stationen nach Setting..... | 15 |
| Abbildung 5: Die „wichtigsten“ caring-Bedürfnisse..... | 32 |
| Abbildung 6: Die „unwichtigsten“ caring-Bedürfnisse..... | 33 |
| Abbildung 7: Wichtigste caring-Bedürfnisse nach Setting (postoperativ) | 35 |
| Abbildung 8:Wichtigste caring-Bedürfnisse nach Setting (behandlungszentriert)..... | 36 |
| Abbildung 9: Wichtigste caring-Bedürfnisse nach Setting (palliativ) | 37 |
| Abbildung 10: Prioritäten der caring-Bedürfnisse nach Dimension | 38 |
| Abbildung 11: Wichtigkeit der Dimension „Monitors and follows through“ | 39 |
| Abbildung 12: Wichtigkeit der Dimension „Accessible“ | 40 |
| Abbildung 13: Wichtigkeit der Dimension „Comforts“ | 41 |
| Abbildung 14: Wichtigkeit der Dimension „Anticipates“ | 41 |
| Abbildung 15: Wichtigkeit der Dimension „Trusting Relationship“ | 42 |
| Abbildung 16: Wichtigkeit der Dimension „Explains and facilitates“ | 43 |
| Abbildung 17: Wichtigkeit der Dimension „Monitors and follows through“ nach Setting | 44 |
| Abbildung 18: Wichtigkeit der Dimension „Accessible“ nach Setting..... | 44 |
| Abbildung 19: Wichtigkeit der Dimension „Comforts“ nach Setting | 44 |
| Abbildung 20: Wichtigkeit der Dimension „Anticipates“ nach Setting | 44 |
| Abbildung 21: Wichtigkeit der Dimension „Trusting relationship“ nach Setting..... | 45 |
| Abbildung 22: Wichtigkeit der Dimension „Explains and facilitates“ nach Setting..... | 45 |
| Abbildung 23: Die am „besten“ erfüllten caring-Bedürfnisse | 50 |
| Abbildung 24: Die am „wenigsten“ erfüllten caring-Bedürfnisse..... | 50 |
| Abbildung 25: Erfüllung von caring-Bedürfnissen nach Dimensionen | 51 |
| Abbildung 26: Erfüllung der Dimension „Accessible“ | 52 |
| Abbildung 27: Erfüllung der Dimension „Monitors and follows through“ | 52 |
| Abbildung 28: Erfüllung der Dimension „Trusting relationship“..... | 53 |
| Abbildung 29: Erfüllung der Dimension „Comforts“ | 53 |
| Abbildung 30: Erfüllung der Dimension „Anticipates“ | 53 |
| Abbildung 31: Erfüllung der Dimension „Explains and facilitates“ | 53 |
| Abbildung 32: Erfüllung der Dimension „Accessible“ nach Setting..... | 54 |
| Abbildung 33: Erfüllung der Dimension „Monitors and follows through“ nach Setting..... | 54 |
| Abbildung 34: Erfüllung der Dimension „Trusting relationship“ nach Setting | 55 |
| Abbildung 35: Erfüllung der Dimension „Comforts“ nach Setting | 55 |
| Abbildung 36: Erfüllung der Dimension „Anticipates“ nach Setting | 55 |

| | |
|---|----|
| Abbildung 37: Erfüllung der Dimension „Explains and facilitates“ nach Setting..... | 55 |
| Abbildung 38: Die am „häufigsten“ erfüllten caring-Bedürfnisse..... | 61 |
| Abbildung 39: Die am „seltensten“ erfüllten caring-Bedürfnisse..... | 61 |
| Abbildung 40: Erfüllbarkeit von caring-Bedürfnissen nach Dimensionen | 62 |
| Abbildung 41: Erfüllbarkeit der Dimension „Monitors and follows through“..... | 63 |
| Abbildung 42: Erfüllbarkeit der Dimension „Accessible“ | 63 |
| Abbildung 43: Erfüllbarkeit der Dimension „Comforts“ | 64 |
| Abbildung 44: Erfüllbarkeit der Dimension „Trusting Relationship“ | 64 |
| Abbildung 45: Erfüllbarkeit der Dimension „Explains and facilitates“ | 65 |
| Abbildung 46: Erfüllbarkeit der Dimension „Anticipates“ | 65 |
| Abbildung 47: Erfüllbarkeit der Dimension „Monitors and follows through“ nach Setting | 66 |
| Abbildung 48: Erfüllbarkeit der Dimension „Accessible“ nach Setting | 66 |
| Abbildung 49: Erfüllbarkeit der Dimension „Comforts“ nach Setting..... | 66 |
| Abbildung 50: Erfüllbarkeit der Dimension „Trusting relationship“ nach Setting | 66 |
| Abbildung 51: Erfüllbarkeit der Dimension „Explains and facilitates“ nach Setting | 67 |
| Abbildung 52: Erfüllbarkeit der Dimension „Anticipates“ nach Setting..... | 67 |
| Abbildung 53: Zusammenhang der drei Befragungen..... | 70 |
| Abbildung 54: Zusammenhang der drei Befragungen – Dimension „Accessible“ | 71 |
| Abbildung 55: Zusammenhang der drei Befragungen – Dimension „Explains a. facilitates“ .. | 71 |
| Abbildung 56: Zusammenhang der drei Befragungen – Dimension „Comforts“ | 72 |
| Abbildung 57: Zusammenhang der drei Befragungen – Dimension „Anticipates“ | 72 |
| Abbildung 58: Zusammenhang der drei Befragungen – Dimension „Trusting relationship“ ... | 72 |
| Abbildung 59: Zusammenhang der drei Befragungen – Dimension „Monitors and follows through“..... | 72 |

9.6 Tabellenverzeichnis

| | |
|--|-----|
| Tabelle 1: Übersicht caring-Dimensionen und Items..... | 12 |
| Tabelle 2: Zuordnung nach Q-Sort | 26 |
| Tabelle 3: Zuordnung Q-Sort aufgeteilt nach Setting | 27 |
| Tabelle 4: Überblick der soziodemografischen Merkmale (Prioritätenbefragung)..... | 28 |
| Tabelle 5: Soziale Merkmale (Krankheit) | 30 |
| Tabelle 6: Erfüllungsbefragung aufgeteilt nach Setting | 47 |
| Tabelle 7: Überblick der soziodemografischen Merkmale (Erfüllungsbefragung) | 48 |
| Tabelle 8: Übersicht Krankheit (Erfüllungsbefragung)..... | 48 |
| Tabelle 9: Erfüllbarkeitsbefragung aufgeteilt nach Setting | 57 |
| Tabelle 10: Überblick der soziodemografischen Merkmale (Erfüllbarkeitsbefragung) | 58 |
| Tabelle 11: Wichtigkeit der caring-Bedürfnisse | 87 |
| Tabelle 12: Wichtigkeit der caring-Bedürfnisse postoperatives Setting | 88 |
| Tabelle 13: Wichtigkeit der caring-Bedürfnisse behandlungszentriertes Setting | 89 |
| Tabelle 14: Wichtigkeit der caring-Bedürfnisse palliatives Setting | 90 |
| Tabelle 15: Wichtigkeit der caring-Bedürfnisse nach Geschlecht..... | 91 |
| Tabelle 16: Wichtigkeit der caring-Bedürfnisse nach Alter und Aufenthaltsdauer..... | 92 |
| Tabelle 17: Wichtigkeit der caring-Bedürfnisse nach Bildung | 93 |
| Tabelle 18: Korrelation Wichtigkeit der caring-Bedürfnisse | 94 |
| Tabelle 19: Faktoranalyse Wichtigkeit der caring-Bedürfnisse | 95 |
| Tabelle 20: Erfüllung der caring-Bedürfnisse | 96 |
| Tabelle 21: Erfüllung der caring-Bedürfnisse postoperatives Setting | 97 |
| Tabelle 22: Erfüllung der caring-Bedürfnisse behandlungszentriertes Setting | 98 |
| Tabelle 23: Erfüllung der caring-Bedürfnisse palliatives Setting..... | 99 |
| Tabelle 24: Erfüllung der caring-Bedürfnisse nach Geschlecht..... | 100 |
| Tabelle 25: Erfüllung der caring-Bedürfnisse nach Alter | 101 |
| Tabelle 26: Erfüllung der caring-Bedürfnisse nach Bildung..... | 102 |
| Tabelle 27: Erfüllbarkeit der caring-Bedürfnisse | 103 |
| Tabelle 28: Erfüllbarkeit der caring-Bedürfnisse postoperatives Setting | 104 |
| Tabelle 29: Erfüllbarkeit der caring-Bedürfnisse behandlungszentriertes Setting..... | 105 |
| Tabelle 30: Erfüllbarkeit der caring-Bedürfnisse palliatives Setting | 106 |
| Tabelle 31: Erfüllbarkeit der caring-Bedürfnisse nach Geschlecht | 107 |
| Tabelle 32: Erfüllbarkeit der caring-Bedürfnisse nach Alter | 108 |
| Tabelle 33: Erfüllbarkeit der caring-Bedürfnisse nach Bildung | 109 |
| Tabelle 34: Übersicht Signifikanztests Q-Fragen nach Setting | 110 |
| Tabelle 35: Eingesetzte Instrumente | 114 |

9.7 Literatur

- Arora, N., Johnson, P., Gustafson, D. H., McTavish, F., Hawkins, R. P., & Pingree, S. (2002). Barriers to information access, perceived health competence, and psychosocial health outcomes: test of a mediation model in a breast cancer sample. *Patient Educ Couns*, 47(1), 37-46.
- Beck, C. T. (1999). Quantitative Measurement of Caring. *Journal of Advanced Nursing*, 30(1), 24-32.
- Benner, P., Wrubel, J. (1997). *Pflege, Streß und Bewältigung. Gelebte Erfahrung von Gesundheit und Krankheit*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Christopher, K., Hegedus, K. (2000). Oncology patient's and oncology nurses' perceptions of nurse caring behaviors. *European Journal of Oncology Nursing*, 4(4), 196-204.
- Dunlop, M. (1986). Is a science of caring possible? *Journal of Advanced Nursing*, 11, 661-670.
- Esser H. (2000). *Soziologie. Spezielle Grundlagen. Band 5: Institutionen*. Campus: Frankfurt/New York.
- Felgen, J. (2003). Caring. Core value, currency, and commodity... is it time to get tough about "soft"? *Nursing administration quarterly*, 27(3), 208-214.
- Finfgeld-Connett, D. (2008). Meta-Synthesis of caring in nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 17(2), 196-204.
- Garcia, M., Jemal, A., Ward, E., Center, M., Hao, Y., Siegel, R., Thun, M. (2007). *Global Cancer Facts & Figures 2007*. Atlanta, GA: American Cancer Society.
- Gardner, A., Goodsell, J., Duggan, T., Murhta, B., Peck, C. & Williams, J (2001). "Don't Call Me Sweetie!" Patients differ from nurses in their perceptions of caring. *Collegian*, 8(3), 32-38.
- Goffman, E. (1972). *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*.- suhrkamp: Frankfurt am Main.
- Hanisch-Berndt, J., Göritz, M. (2005). *Gemeinschaft und Vereinsamung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe*.- Diplomarbeit: Freie Universität Berlin (<http://www.diplomarbeit-altenhilfe.de>; Stand: 12.10.2011)
- Haupt, T. (2004). *Persönlichkeitstyp und Stresserleben*. Dissertation. München: Ludwig-Maximilians-Universität.

- Holroyd, E., Yue-kuen, C., Sau-wai, C., Fung-shan, L., Wai-wan, W. (1998). A Chinese cultural perspective of nursing care behaviors in an acute setting. *Journal of Advanced Nursing*, 28(6), 1289-1294.
- Huggins, N., Gandy, W., Kohut, C. (1993). Emergency department patients' perception of nurse caring behaviors. *Heart & Lung*, 22(4), 356-364.
- Iranmanesh, S., Axelsson, K., Sävenstedt, S., Häggström, T. (2009). A caring relationship with people who have cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 65(6), 1300-1308.
- Kelly, D. (1998). Caring and cancer nursing: framing the reality using selected social science theory. *Journal of Advanced Nursing*, 28(4), 728-736.
- Khademian, Z., Vizeshfar, F. (2008). Nursing student's perceptions of the importance of caring behaviors. *Journal of Advanced Nursing*, 61(4), 456-462.
- Komorita, N., Doehring, K., Hirschert, P. (1991). Perceptions of caring by nurse educators. *Journal of Nursing Education*, 30(1), 23-29.
- Kristiansen, L., Hellze, O., Aspl, K. (2006). Swedish assistant nurses' experiences of job satisfaction when caring for persons suffering from dementia and behavioural disturbances. An interview study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 1, 245-256.
- Larson, P. (1984). Important nurse caring behaviors perceived by patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 11(6), 46-50.
- Larson, P. (1986). Cancer nurses' perceptions of caring. *Cancer Nursing*, 9(2), 86-91.
- Larson, P. (1987). Comparison of cancer patients & professional nurses' perceptions of important nurse caring behaviors. *Heart and Lung*, 16(2), 187-192.
- Larson, P. J., Ferketich, S. L. (1993). Patients' Satisfaction With Nurses' Caring During Hospitalization. *Western Journal of Nursing Research*, 15(6), 690-707.
- Larsson, G., Peterson Widmark, V., Lampic, C., von Essen, L., Sjöden, P.-O. (1998). Cancer patient and staff ratings of the importance of caring behaviours and their relations to patient anxiety and depression. *Journal of Advanced Nursing*, 27(4), 855-864.
- Lee, M., Larson, P., Holzemer, W. (2006). Psychometric evaluation of the modified CARE-Q among Chinese nurses in Taiwan. *International Journal of Human Caring*, 10(4), 8-13.
- Liu, J., Mok, E., Wong, T. (2005). Caring in Nursing: Investigating the meaning of caring from the perspective of cancer patients in Beijing, China. *Journal of Clinical Nursing*, 15(2), 188-196.

- Mangold, A. (1991). Senior nursing students' & professional nurses' perceptions of effective caring behaviors: A comparative study. *Journal of Nursing Education*, 30(3), 134-139.
- Marckmann, G., Meran, J. (2007). Ethische Aspekte der onkologischen Forschung. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Marriner-Tomey, A. (1992). Pflge-theoretikerinnen und ihr Werk. Basel: Recom Verlag.
- Mayer, D. (1987). Oncology nurses' versus cancer patients' perceptions of nurse caring behaviors: a replication study. *Oncology Nursing Forum*, 14, 48-52.
- Mayer, H. (2011). Pflegeforschung anwenden: Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung. Wien: Facultas.
- Meadows, R. (2007). Beyond caring. *Nursing Administration Quarterly*, 31(2), 158-161.
- Morse, J., Solberg, S., Neander, W., Bottorff, J., Johnson, J. (1990). Concepts of caring and caring as a concept. *Advanced Nursing Science*, 13(1), 1-14.
- Müller F., Kals E. (2004). Die Q-Methode. Ein innovatives Verfahren zur Erhebung subjektiver Einstellungen und Meinungen. Forum Qualitative Sozialforschung. *Qualitative Social Research*, 5(2). Zugriff am 19.10.2011 unter <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0402347>
- Papastavrou, E.; Efstathiou, G.; Charalambous, A. (2011). Nurses' and patients' perceptions of caring behaviours: quantitative systematic review of comparative studies. *Journal of Advanced Nursing*, 67(6), 1191-1205.
- Posma, E., Van Weert, J., Jesse, J., Bensing, J. (2009). Older cancer patients' information and support needs surrounding treatment: An evaluation through the eyes of patients, relatives and professionals. *BMC Nursing*, 8(1), 1-15.
- Raithel, J. (2008). Quantitative Forschung. Ein Praxiskurs. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rchaidia, L., Dierckx de Casterlé, B., de Blaeser, L., Gastmans, C. (2009). Cancer Patients' Perceptions of the Good Nurse: a Literature Review. *Nursing Ethics*, 16(5), 528-542.
- Rosenthal, K. (1992). Coronary care patients' and nurses' perceptions of important nurse caring behaviors. *Heart and Lung*, 21(6), 536-539.
- Schmid-Büchi, S. (2001). Wie schätzen Patientinnen und Patienten Caring ein. *Pflege*, 14(3), 152-160.
- Smith, M. (1997). Nurses' and patients' perceptions of most important caring behaviors in a long term care setting. *Geriatric Nursing*, 18(2), 70-73.

- Sourial, Sarah (1997). An analysis of caring. *Journal of Advanced Nursing*, 26(6), 1189-1192.
- Statistik Austria (Hrsg.) (2009). Statistisches Jahrbuch Österreichs - Gesundheit. Wien.
Auf: http://www.statistik.at/web_de/static/gesundheit_stat_jahrbuch_034544.pdf
[23.04.2010]
- Swanson, K. (1991). Empirical Development of a Middle Range Theory of Caring. *Nursing Research*, 40(3), 161-166.
- Tuckett, A. Hughes, K., Schluter, P.J. & Turner, C. (2009). Validation of CARE-Q in residential aged-care: rating of importance of caring behaviours from an e-cohort sub-study. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1501–1509.
- Von Essen, L., Sjöden, P.-O. (1991). Patient and staff perceptions of caring: review and replication. *Journal of Advanced Nursing*, 16(11), 1363-1374.
- Watson, J. (1988). *Nursing: Human science and human care. A theory of nursing*. New York: National League for Nursing.
- Watson, J. (2009). *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science*. Second Edition, New York: Springer Publishing Company.
- Widmark-Petersson, V., von Essen, L. & Sjöden, PO. (2000). Perceptions of Caring Among Patients with Cancer and their Staff. *Cancer Nursing*, 23(1), 32-39.
- Widmark-Petersson, V., von Essen, L., Lindman, E., & Sjöden PO. (1996). Cancer patient and staff perceptions of caring vs clinical care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 10(4), 227-233.
- Wiedenbach, E. (1963). The helping art of nursing. *American Journal of Nursing*, 63, 54-57.
- Yuanmay, C., Ya-Ping, L., Hsiu-Ju, C., Chia-Chin, L. (2005). Cancer Patient and Staff Ratings of Caring Behaviors: Relationship to Level of Pain Intensity. *Cancer Nursing*, 28(5), 331-339.
- Zamanzadeh, V., Azimzadeh, R. & Valizadeh, L. (2010). Oncology patients' and professional nurses' perceptions of important nurse caring behaviours. *BMC Nursing*, 9(10).
- Zellhofer, H. (2009). *Leben mit Krebs – Fokus der Pflegewissenschaft*. In Mayer, H. (Hg.) *Pflegewissenschaft-von der Ausnahme zur Normalität, Ein Beitrag zur inhaltlichen und methodischen Standortbestimmung*, Schriftenreihe Pflegewissenschaft. Wien: Facultas.