



**CAMPUS
RUDOLFINERHAUS**
Die erste Adresse für Bildung in der Pflege

EINE KOOPERATION VON FH WIENER NEUSTADT UND RUDOLFINERHAUS WIEN

Bachelorstudiengang Gesundheits- und Krankenpflege

Studiengangsleiterin: Mag.^a Elisabeth Sittner

Informationsbedürfnisse bei Schlaganfall

Der Beitrag von PatientInnenedukation, um betroffenen
Menschen und ihren Bedürfnissen zu begegnen.

Eine Literaturarbeit

Bachelorarbeit 2

zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Science in Health Studies (B.Sc.)

eingereicht von

Christine Fraundorfer

Matrikelnummer:

1310654110

BetreuerIn:

Mag.^a Johanna Breuer

Wien und Wiener Neustadt, 09.05.2016

Zusammenfassung

Einleitung: Ein Schlaganfall bedeutet einen großen Einschnitt in das Leben von betroffenen Menschen. Je nach Schwere des Schlaganfalles sind die PatientInnen unterschiedlich stark betroffen und können dadurch pflegebedürftig werden. Die Aufgabe von Pflegenden ist es durch Stärkung von Gesundheitskompetenz die PatientInnen dabei zu unterstützen die bleibenden Beeinträchtigungen zu akzeptieren und bestmöglich damit im Alltag zu leben. Dafür benötigen die Betroffenen Informationen, die im Zuge von PatientInnenedukation vermittelt werden können.

Ziel: Diese Arbeit zielt auf die Identifikation von Informationsbedürfnissen von Betroffenen ab und zeigt, wie Pflegepersonen durch PatientInnenedukationsmaßnahmen bestmöglich darauf reagieren können.

Methodik: Es wurde eine Literaturrecherche zwischen Februar 2016 und April 2016 durchgeführt. Dabei konnten 134 Studien identifiziert werden, die aus den Datenbanken CINAHL, Medline und Cochrane Library herangezogen wurden. Nach einem Identifikations-, Selektions- und Einschätzungsprozess wurden 12 Studien für diese Arbeit ausgewählt.

Ergebnisse: In den 12 eingeschlossenen Studien lassen sich unterschiedliche Informationsbedürfnisse erkennen, die abhängig von der Altersgruppe, dem Geschlecht oder vom Beeinträchtigungsgrad der Betroffenen sein können. Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Informationsbedürfnisse im Laufe der Zeit verändern. PatientInnenedukationinhalte müssen daher individuell zum richtigen Zeitpunkt, in einer dosierten Form und durch die richtige Methodik vermittelt werden. Weiters weisen die Ergebnisse darauf hin, dass eine aktive Partizipation der PatientInnen, eine motivierende Kommunikation und ein positives Feedback eine signifikante Wirkung auf die Gesundheitserhaltung und eine Lebensstilveränderung haben.

Schlussfolgerung: Prävention durch Informationen ist bei dieser PatientInnengruppe ein sehr wichtiges Thema, weil ein Schlaganfall das Auftreten eines zweiten begünstigt. Durch PatientInnenedukation kann den Betroffenen Gesundheitskompetenz vermittelt werden, welche das Risiko von einem erneuten Insult deutlich reduzieren kann.

Schlagwörter: PatientInnenedukation, Informationsbedürfnisse, Schlaganfall

Abstract

Background: A stroke means a major turning point in the lives of affected people. Depending on the severity of the stroke, patients are affected in different ways which can lead to permanent care. The task of nurses is to professionally support the patient with their competency, help them to accept the permanent impairments and to live in the best possible way in their everyday life. Therefore patients need information that can be conveyed by patient education.

Objective: Identifying information needs of patients with stroke and how nurses can react with methods of patient education are the main objectives in this thesis.

Methods: A literature research was conducted from February until April 2016. 134 studies from the databases CINAHL, MEDLINE and Cochrane Library were identified. All studies were assessed in a scientific selection and evaluation process. Finally 12 publications were included in this review.

Results: Stroke patients report many different information needs. These information needs can be influenced by age group, sex or physical disabilities. The results also show that information needs differ during the diverse phases stroke patients have to go through. Patient education should be handled and tailored individually to the patients situation at the right time. Furthermore, the results revealed that an active participation of patients, a motivational communication as well as positive feedback have a big impact to the preservation of health and changes in daily habits.

Conclusion: Informational prevention is a very important topic for the group of examined patients, due to the fact that a stroke recurs in most cases a second time. Patient education as a tool increases the affected patients health competency and decreases the risk of a re-occurring stroke.

Keywords: Patient education, information needs, stroke

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	5
1.1. Problembeschreibung und Relevanz für die Pflege	6
1.2. Fragestellung und Ziel der Arbeit	8
1.3. Begriffsdefinitionen.....	9
1.3.1. PatientInnenbildung	9
1.3.2. Schlaganfall	11
2. Methodik.....	13
2.1. Suchstrategie	13
2.1.1. Suchbegriffe	13
2.1.2. Datenbanken	14
2.1.3. Ein & Ausschlusskriterien	15
2.2. Einschätzung der Studien	18
3. Ergebnisse	19
3.1. Tabellarische Darstellung der Studien.....	20
3.2. Informationsbedürfnisse der PatientInnen.....	29
3.3. Informationsmethoden bei PatientInnenbildung	31
4. Diskussion und Schlussfolgerung	34
5. Zusammenfassung und Limitationen	36
6. Literaturverzeichnis	38
7. Anhang.....	43
7.1. Suchprotokoll	43
7.2. Einschätzungsinstrument	44
7.3. Eidesstaatliche Erklärung.....	47
7.4. Einverständniserklärung zur Veröffentlichung.....	48

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Suchbegriffe.....14

Tabelle 2 Ein- & Ausschlusskriterien.....15

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 PRISMA Flow diagramm17

1. Einleitung

Durch die demographische Entwicklung der österreichischen Bevölkerung ist das Gesundheitswesen vor neue Herausforderungen gestellt. In Zukunft wird es immer mehr ältere Menschen geben und es lässt sich ebenso ein Anstieg von chronischen Krankheiten festmachen (vgl. Kubli et al, 2011, S.15f.; Statistik Austria, 2015). Dies bedeutet, dass eine höhere Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit durch das Gesundheitswesen bewältigt werden muss. Im Zentrum gesundheitspolitischer Bestrebungen stehen diesen Entwicklungen ein zunehmender Fokus auf Gesundheitsförderung und Prävention entgegen (unter anderem durch die Stärkung von Gesundheitskompetenz), wie aus den 2012 beschlossenen Rahmengesundheitszielen hervorgeht (Bundesministerium für Gesundheit, 2012). Durch dieses Hintergrundwissen bekommt Gesundheitsförderung durch Gesundheitskompetenz eine neue Bedeutung und die Rolle der Pflege ist in diesem Kontext eine essentielle. Unter Gesundheitskompetenz kann verstanden werden, die Fähigkeit zu erlangen im Alltag Entscheidungen zu treffen, die positive Auswirkungen auf die Gesundheit haben (vgl. Kickbusch/Hartung, 2014, S.95). Die WHO (2015) definiert Gesundheitskompetenz (Health Literacy): „as the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health.“¹(WHO, 2015). Diese Definition veranschaulicht, dass Gesundheitskompetenz die Beschaffung von Informationen, das Erfassen von Informationen und die Nutzung von Informationen zur Förderung der Gesundheit umfasst und sehr komplex ist.

Im Zuge der Ottawa Charta (1989) wurden unter anderem die Gesundheitsdienste neu orientiert, wodurch die Berufsgruppe Gesundheits- und Krankenpflege eine neue Position im stationären Bereich einnahm (vgl. Hildebrandt/Kickbusch, 1986, S.1ff.). Das Berufsbild des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege umfasst gemäß § 11 Abs 1 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) „Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege ist der pflegerische Teil der gesundheitsfördernden, präventiven, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten“ (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) (BGBl I 108/1997)). Ebenso wird im § 14 Abs 1 der Tätigkeitsbereich beschrieben, in welchem hervorgeht, dass Pflegepersonen zur Leistung von Gesundheitsförderung und –beratung im Rahmen der Pflege sowie §14 Abs 2.6 zur

¹ Übersetzung: Gesundheitskompetenz ist als die kognitiven und sozialen Kompetenzen definiert, die die Motivation und die Fähigkeit des Einzelnen bestimmen, Zugang zu Informationen zu erlangen, diese zu verstehen und die Informationen in einer Weise nutzen, um die Gesundheit zu fördern und zu erhalten.

Information über Krankheitsvorbeugung und Anwendung von gesundheitsfördernden Maßnahmen verpflichtet sind (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) (BGBl I 108/1997)). Die Gesetzesgrundlage verdeutlicht den Stellenwert von Gesundheitsförderung und –beratung im Tätigkeitsbereich des Pflegepersonals. Maßnahmen im Rahmen von PatientInnenbildung² ermöglichen es Pflegepersonen, PatientInnen unterstützend zu begegnen und durch Informationsweitergabe, Schulung und Beratung, die Selbstpflegefähigkeiten von PatientInnen zu stärken sowie Gesundheitskompetenzen zu vermitteln (vgl. Kocks/Zegelin, 2012, S.18).

Die vorliegende Bachelorarbeit befasst sich mit dem Thema PatientInnenbildung bei PatientInnen mit Schlaganfall. Dabei wird besonderer Fokus auf Informationsbedürfnisse nach einem Schlaganfall gelegt und wie Pflegende mit Hilfe von PatientInnenbildungsmaßnahmen auf diese Bedürfnisse reagieren. In der vorliegenden wissenschaftlichen Arbeit wird im ersten Kapitel die Problembeschreibung und Relevanz des Themas, Ziel der Arbeit und Definitionen zentraler Begriffe bearbeitet. Den Hauptteil dieser Bachelorarbeit stellen der methodische Teil sowie der Ergebnisteil dar. Nach der Darstellung der Literaturrecherche und dem Vorgehen bei der Literatursuche sowie der Literatureinschätzung, gibt der Ergebnisteil einen Überblick über die gewonnenen Ergebnisse. Am Ende der Arbeit werden die Ergebnisse diskutiert und eine Schlussfolgerung für die Pflegepraxis und –forschung erörtert. Weiters werden die Limitationen der Arbeit geschildert und die wichtigsten Fakten zusammengefasst.

1.1. Problembeschreibung und Relevanz für die Pflege

Laut der Österreichischen Schlaganfallsgesellschaft erleiden jährlich 24.000 Menschen in Österreich einen Schlaganfall. Dies ist nach Herz-Kreislaufkrankungen und Krebserkrankungen die dritthäufigste Todesursache. Es lässt sich festmachen, dass die Wahrscheinlichkeit einen Schlaganfall zu erleiden mit dem Alter zunimmt. Somit wird durch den Anstieg der Lebenserwartung in der Bevölkerung zukünftig die Schlaganfallshäufigkeit steigen (Österreichische Schlaganfall-Gesellschaft, 2016). Ein Schlaganfall bedeutet einen großen Einschnitt in das Leben von Betroffenen. Je nach

² Im vorliegenden Text wird Wert auf eine Schreibweise gelegt, durch die beide Geschlechter angesprochen werden. Dabei wird nach Möglichkeit das Binnen-I genutzt, alternativ werden geschlechtsneutrale Begriffe, wie z.B. Studierende, oder die weibliche und die männliche Form verwendet. Bei Eigennamen und zusammengesetzten Adjektiven und Nomen wird auf diese Vorgehensweise verzichtet.

Ausprägung des Anfalls sind verschiedene Körperregionen betroffen, was zu einer Veränderung ihres bisher gelebten Lebens führt. Die Aufgabe von Pflegenden ist es durch entsprechende Rehabilitationsmaßnahmen die PatientInnen dabei zu unterstützen die bleibenden Beeinträchtigungen zu akzeptieren und bestmöglich damit im Alltag zu leben. Pflegepersonen sind dabei wichtige Vertrauenspersonen für die betroffenen Menschen (Hallermaier-Sterer/ Praher-Ennöckl, 2015, S.26).

Im Jahr 1989 betrug die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in einem österreichischen Krankenhaus 8,1 Tage und im Jahr 2014 nur noch 5,3 Tage (vgl. Statistik Austria, 2015). Das heißt, in den letzten 26 Jahren hat sich die Aufenthaltsdauer von PatientInnen in einem Krankenhaus um ca. 3 Tage verkürzt. Für das Pflegepersonal bedeutet dies unter anderem, dieselbe Versorgung in kürzerer Zeit durchzuführen und PatientInnen früher in die Betreuung zuhause zu entlassen. Der Bedarf an PatientInnenedukation, wird immer wichtiger, weil Menschen früher in den häuslichen Bereich entlassen werden und dann entsprechendes Wissen benötigen, um Ihre Gesundheit durch Prävention zu erhalten (vgl. Abt-Zegelin, 2002, S.1ff.). Gerade bei PatientInnen, die von einem Schlaganfall betroffen sind, zeigt sich, dass diese viele Informationen benötigen, um ihren Alltag bewältigen zu können. Die Informationsbedürfnisse von dieser Betroffenenengruppe verändern sich im Laufe der Zeit und fordern daher kompetente AnsprechpartnerInnen (vgl. Hafsteinsdóttir et al., 2011, S18ff.).

Laut Brenner (2015) fordern PatientInnen Informationen und aktive Partizipation an Entscheidungen, die die eigene Gesundheit betreffen (vgl. Brenner, 2015, S.109). Es ist gesetzlich festgelegt, dass PatientInnen das Recht auf Informationen und Miteinbezug in Entscheidungen ihrer Gesundheit betreffend, haben (vgl. Rudolfinerhaus, 2015, S.2). Der Grundgedanke von PatientInnenedukation ist eine gleichberechtigte Beziehungsgestaltung. Es wird versucht die PatientInnen in ihren Entscheidungen zu begleiten und die dafür benötigten Informationen und Beratungen zur Verfügung zu stellen (vgl. Köpke/Meyer, 2010, S.12). Durch die Veränderung der PatientInnen Rolle gewinnen Modelle wie „shared-decision-making“ (partnerschaftliche Entscheidungsfindung) immer mehr an Bedeutung, die zu einer Kommunikation auf gleicher Augenhöhe beitragen sollen (Dierks/Seidl/Hirschberg, 2010, S.14f). PatientInnenedukation fördert die Gesundheitskompetenz, welche zur Erhöhung der Lebensqualität des Einzelnen beitragen kann (vgl. Abt-Zegelin, 2012, S.238). Ein wesentlicher Aspekt von PatientInnenedukation ist die Erreichbarkeit und Zugänglichkeit. Nicht allen Menschen ist der Zugang zu gesundheitsrelevanter Information gegeben. Angehörige von ethnischen Minderheiten, Bevölkerungsgruppen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status oder niedriger Lesekompetenz sind hier benachteiligt.

Moderne Medien haben nicht dazu beigetragen bestehende Ungleichheiten zu beseitigen, sondern viel mehr verstärkt. Da diese Bevölkerungsgruppen von sich aus weniger nach Gesundheitsinformationen suchen, ist es daher um so wichtiger, dass Pflegepersonen die Beratungs- und Präventionsbedürfnisse von PatientInnen erkennen und darauf reagieren können (vgl. Schwarz, 2011, S17f.). Bei informierten und gut geschulten PatientInnen treten weniger Komplikationen aufgrund eines Fehlverhaltens auf. Eine ökonomische Folge daraus ist, dass Kosten eingespart werden können (vgl. Smoliner, 2014, S.69). Jedoch erfolgt PatientInnenedukation oft unsystematisch und unregelmäßig. Dies passiert trotz positiver Einstellung des Pflegepersonals, aus Gründen von Zeitmangel, fehlenden Schulungsmaterial und mangelnden pflegerischen und pädagogischen Fachwissen. Ebenso ist in vielen Institutionen unklar, wie wirksam PatientInnenedukation ist und welche pflegerischen Edukationsangebote gesetzt werden. Häufig wird PatientInnenedukation von PatientInnen nicht wahrgenommen, da diese oft während pflegerischen Tätigkeiten stattfindet (vgl. Brenner, 2015, S.109). Zusammenfassend kann gesagt werden, dass durch PatientInnenedukation ein gesundheitsfördernden Nutzen für PatientInnen erzielt wird, sowie auch ökonomische Effekte durch weniger Komplikationen und geringere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens angestrebt werden (vgl. Rudolfinerhaus, 2015, S.2).

1.2. Fragestellung und Ziel der Arbeit

In der vorliegenden wissenschaftlichen Arbeit sollen im Rahmen einer Literaturlaufarbeitung Informationsbedürfnisse von Schlaganfall-PatientInnen identifiziert und damit verbundene PatientInnenedukationsmaßnahmen seitens der Pflege dargestellt werden. Um eine fundierte Analyse der Literatur zu ermöglichen, wurden folgende Forschungsfragen formuliert:

- Welche Informationsbedürfnisse weisen PatientInnen nach einem Schlaganfall auf?
- Wie können Pflegepersonen im Speziellen mit Hilfe von PatientInnenedukationsmaßnahmen auf diese Bedürfnisse reagieren?

Das Ziel der Arbeit ist, neue Erkenntnisse und praxisrelevante Informationen aus der herangezogenen Literatur zu gewinnen. Diese Arbeit soll Aufschluss über die Informationsbedürfnisse von SchlaganfallpatientInnen geben und welche Edukationsmethoden seitens der Pflegepersonen angeboten werden können, um den

Bedürfnissen gerecht zu werden. Dabei wird im Speziellen das Augenmerk auf die Informationsvermittlung bei PatientInnenedukation gelegt. Die aus der Arbeit entstandenen Erkenntnisse sollen im Praxisalltag angewendet und umgesetzt werden können.

Diese Arbeit hat nicht zum Ziel, medizinische PatientInnenaufklärung oder PatientInnenedukation aus medizinischer Sicht zu bearbeiten. Das Hauptaugenmerk dieser wissenschaftlichen Arbeit liegt auf dem pflegerischen Schwerpunkt der PatientInneninformation. Die näheren Ein- und Ausschlusskriterien werden im Abschnitt Methodik näher erläutert.

1.3. Begriffsdefinitionen

In diesem Unterpunkt wird ein Überblick über die für diese Arbeit relevanten Begriffe gegeben. Dabei werden die Begrifflichkeiten PatientInnenedukation und Schlaganfall näher erklärt und definiert.

1.3.1. PatientInnenedukation

Der Begriff PatientInnenedukation wird im deutschsprachigen Raum verwendet und ist in der pflegewissenschaftlichen Literatur weit verbreitet. In den Beneluxstaaten, Großbritannien, Skandinavien und den USA wird von „patient education“ gesprochen (vgl. Brenner, 2014, S.30). „Education“ (engl.) wird in diesem Kontext nicht mit Erziehung übersetzt, sondern steht für alle Lern- und Bildungsmaßnahmen (vgl. Abt-Zegelin, 2014, S.13). Der Begriff PatientInnenedukation wurde im deutschsprachigen Raum von Abt-Zegelin geprägt, welche erstmals versuchte die pädagogischen Aufgaben von Pflegepersonen unter diesen Oberbegriff zu sammeln (vgl. Warmbrunn, 2007, S15). Die Privatklinik Rudolfinerhaus bezieht sich auf das Wittener Konzept, welches PatientInnenedukation folgendermaßen definiert: „Patienten- und Angehörigenedukation bedeutet, den Patienten/Angehörigen durch Information, Schulung und Beratung zu befähigen, den Alltag mit Krankheit bewältigen und die Lebensweise gesundheitsfördernd gestalten zu können“ (Rudolfinerhaus, 2015, S.1). Diese Definition weist die drei Säulen, Information, Schulung und Beratung auf, auf welchen die PatientInnenedukation basiert. Diese drei Bereiche sind nicht getrennt voneinander zu sehen, sondern greifen vielmehr ineinander über (vgl. Warmbrunn, 2007, S18). Information hat zum Ziel, Wissen zu vermitteln und Entscheidungsfähigkeit der Patientin/des Patienten zu fördern (vgl. Rudolfinerhaus, 2015, S.1). Es wird dadurch versucht, Krankheitshintergründe,

Behandlungen und Pflegemaßnahmen zu erklären, damit PatientInnen an der Planung teilnehmen können, eigenverantwortlich handeln und entscheiden können. Es ist daher wichtig, dass Pflegepersonen den Informationsbedarf von PatientInnen erkennen und dann gezielte, aktuelle, verständliche, dosierte und individuelle Informationen weitergeben. Informationsbedürfnisse von Patienten sind sehr unterschiedlich und sollten immer individuell angepasst werden. Faktoren wie Alter, Geschlecht, der sozioökonomische Status, spezielle Lebenssituation, Fähigkeiten und Einschränkungen sowie Bewältigungsstrategien können die Aufnahme von benötigten Informationen beeinflussen. Informationsbedürfnisse können sich im Laufe der Behandlung oder während des Krankheitsverlaufes ändern. Darum ist es wichtig, dass Pflegepersonen sensibel für Informationsbedürfnisse von PatientInnen sind, um darauf reagieren zu können. Informationen sind dann für die Betroffenen nützlich, wenn die Information hilft, die Situation zu verstehen, adäquate Entscheidungen dadurch getroffen werden können und eigenverantwortlich gehandelt werden kann (vgl. Schwarz, 2011, S.16ff.).

Durch Schulung oder Anleitung soll Handlungsfähigkeit erlernt werden, die zur Selbstpflege beiträgt (vgl. Rudolfinerhaus, 2015, S.1). Die Anleitung oder Schulung kann als praktische Komponente in der PatientInnenedukation gesehen werden. Betroffenen Menschen wird durch Schulung die Möglichkeit gegeben sich Selbstpflegefähigkeiten anzueignen, damit sie größtenteils ein selbstbestimmtes Leben führen können. Anleitung und Schulung sind zielorientiert, strukturiert und werden geplant Vermittelt. Es ist wichtig seitens von Pflegepersonen darauf zu achten, dass die erlernten Fertigkeiten auch im PatientInnen Alltag anwendbar sind. Die Anleitungen sollten auch möglichst ident sein, da sonst Verwirrung bei den PatientInnen auftreten kann (vgl. Schwarz, 2011, S.22f.).

Problemlösung und Bewältigung ist die zentrale Aufgabe der Beratung (vgl. Rudolfinerhaus, 2015, S.1). Beratung soll meist eine Verhaltensänderung bei den Betroffenen bewirken, welche sich positiv auf den Gesundheitszustand der Patientin/des Patienten auswirkt. Um das Verhalten zu ändern, kann durch Beratung versucht werden die Selbstmanagement-Fähigkeiten der Einzelnen zu stärken. Dies soll den Betroffenen dabei helfen Probleme und Herausforderungen zu meistern (vgl. Schwarz, 2011, S.19). In Zusammenhang mit Beratung wird auch oft der Begriff Compliance verwendet. Durch Beratung wird versucht bei den PatientInnen eine möglichst hohe Krankheitseinsicht zu erzielen und somit die Kooperationsbereitschaft oder Therapiemotivation (Adhärenz) zu erhöhen. Die Beraterin/der Berater hat das Ziel bei den Betroffenen gesundheitsbewusste Denk- und Handlungsweisen zu säen, die zu einer Lebensstil Veränderung führen (vgl. Warmbrunn, 2011, S18). In dieser Arbeit wird im Besonderen auf die Edukationssäule Informationen und deren Vermittlung eingegangen.

1.3.2. Schlaganfall

Unter einem Schlaganfall ist der Untergang von Hirngewebe zu verstehen, welcher infolge von einer akuten Durchblutungsstörung oder einer Blutung des Gehirns ausgelöst wird. Durch das Absterben des Hirngewebes kommt es zu neurologischen Ausfällen, die sehr häufig folgenschwere Erkrankungen mit sich bringen und Ursache für Pflegebedürftigkeit sind (vgl. Seitz/Kurz, 2015, S284).

Die Begriffe „Schlaganfall“, Hirnschlag oder zerebraler Insult sind unspezifisch und sagen lediglich aus, dass Symptome eingetreten sind. Was die konkrete Ursache, wie zum Bsp. Durchblutungsstörung oder Blutung im Gehirn, kann nicht ausgesagt werden (vgl. I care, 2015, S.875). In der folgenden Arbeit und in den ausgewählten Studien wird ausschließlich auf ischämische Erkrankungen des Gehirns eingegangen. Unter einer Hirnischämie wird verstanden eine Minderdurchblutung des Gehirns die einen Sauerstoffmangel bei den Nervenzellen hervorruft. Wenn Nervengewebe abstirbt auch Grund von Sauerstoffmangel wird von einem Hirninfarkt gesprochen. Je nachdem in welcher Hirnregion es zur Minderdurchblutung gekommen ist und diese zum Absterben von Nervengewebe geführt hat, können verschiedene Hirnregionen betroffen sein, welche für neurologische Ausfälle verantwortlich sind. Neurologische Ausfälle bedeuten Sehstörungen oder Erblindung, Sprachstörung (Aphasie), Schluckstörung (Dysphagie), Körperteillähmungen oder zur vollständigen Lähmung von Körperregionen führen (vgl. I care, 2015, S.875ff.). Weiters wird in der ausgewählten Literatur auf unterschiedliche Arten von ischämischen Erkrankungen eingegangen. Es werden hier kurz die Begrifflichkeiten erläutert auf, welche sich die Studien beziehen, da es den Rahmen dieser Arbeit überschreiten würde alle Diagnostischen Arten von Durchblutungsstörungen und Blutungen des Gehirns zu erklären.

- Transitorische ischämische Attacke (TIA): Darunter wird eine Durchblutungsstörung verstanden, ausgelöst durch beispielsweise einen Thrombus (Blutgerinnsel), welcher im Gehirn eine Aterie verlegt, damit kein Blut oder wenig Blut weiter befördert werden kann. Dies hält meist nur wenige Minuten oder Stunden an, dann löst es sich wieder auf. Nur wenn sich das Blutgerinnsel wieder auflöst, wird von einer TIA gesprochen (vgl. Zeiler, 2001, S.157).
- Minor Stroke: unter minor Stroke wird ein ischämischer Hirninfarkt verstanden, wo auftretende Symptomatik nicht länger als 24 Stunden besteht. Diese Diagnose wird nur dann gestellt, wenn keine dauerhaften und schwerwiegenden Beeinträchtigungen zurückbleiben (vgl. Zeiler, 2001, S.157).

Es gibt eine Reihe von Faktoren die Durchblutungsstörungen im Gehirn begünstigen die behandelbar sind und welche die nicht behandelt werden können. Beeinflussbare Faktoren, welche sich nur durch eine Lebensstil Veränderung minimieren lassen wären, der Konsum von Zigaretten, Alkoholkonsum, Konsum von illegalen Drogen, Adipositas und physische Inaktivität. Behandelbare Risikofaktoren sind kardiale Erkrankungen wie Bluthochdruck (Hypertonie), Herzkrankheit, erhöhter Cholesterin (Hyperlipidämie) oder Diabetes mellitus (vgl. Zeiler, 2001,S.153ff). Es ist wichtig diese Informationen Betroffenen zukommen zu lassen, da es zu erneuten Insulten kommen kann. Durch eine Sekundärprophylaxe können erneute Schlaganfälle vermieden werden (vgl. Zeiler, 2001, S.179).

2. Methodik

In diesem Kapitel werden die Vorgehensweise der Literaturrecherche, die verwendeten Suchhilfen und die Suchbegriffe beschrieben. Weiters werden die Ein- und Ausschlusskriterien definiert und die Literatureinschätzung beschrieben.

2.1. Suchstrategie

„Eine Literaturrecherche ist mehr als eine ungezielte Suche nach Informationen im Internet [...]. Es handelt sich dabei vielmehr um einen Suchprozess mit dem Ziel den aktuellen Forschungsstand einer Thematik anhand wissenschaftlicher Literatur herauszufinden und die Qualität einzuschätzen“ (Kleibel/Mayer, 2011, S.25). Dieser Suchprozess lässt sich laut Kleibel/Mayer in drei Phasen unterteilen, welche die Bestimmung des Untersuchungsgegenstandes, die Recherche, also der eigentliche Suchvorgang und die Einschätzung der Qualität der gefundenen Literatur sind. In der ersten Phase wurde eine orientierende Literaturrecherche durchgeführt, um einen Überblick über die Thematik zu bekommen. Somit konnte der interessierende Themenbereich eingegrenzt, die Forschungsfrage detaillierter formuliert und die Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt werden. In der zweiten Phase, der Recherche, wurde mit der eigentlichen Suche der Literatur begonnen. Inhalt dieses Abschnittes war es, anhand passender Suchbegriffe und entsprechender Suchhilfen zu geeigneter Literatur zu gelangen. In der dritten und letzten Phase, der Einschätzung der Qualität der gefundenen Literatur, wurden die gefundenen Studien gelesen und kritisch eingeschätzt.

2.1.1. Suchbegriffe

Unter Suchbegriffen werden Wörter verstanden, die in Suchmaschinen eingegeben werden, um Literatur zu erhalten, welche den Inhalt der gesuchten Wörter widerspiegelt. Aufgrund der verwendeten Suchbegriffe und der internationalen Literatursuche wurden vorrangig englische Suchbegriffe benützt. Diese wurden in verschiedensten Konstellationen mit den Operatoren AND, OR und UND kombiniert, sowie teilweise mit Trunkierungen eingegeben. Unter einer Trunkierung wird ein Symbol am Ende eines Suchbegriffes verstanden, bei dem der Wortstamm eines Wortes mit einem Symbol gekennzeichnet wird und so in der Suche alle Wörter mit diesem Wortstamm angezeigt werden. So werden nicht alle möglichen Formen eines Wortes eingegeben, sondern es wird

ein Zeichen als Platzhalter gesetzt (vgl. Kleibel/Mayer, 2011, S.45). Wird beispielsweise mit dem Wort „nurs*“ gesucht, erscheinen Wörter wie „nurses“, „nursing“ etc.

Neben Textwörtern wurde auch mit „Schlagwörtern“ bez. „MeSH-Terms“ gesucht. Schlagwörter sind Begriffe, die mit einem Wort auch alle Synonyme zu diesem Wort abdecken. Außerdem beschreiben sie die zentralen Aspekte eines Textes. Somit können durch eine Suche mit Schlagwörtern auch Texte gefunden werden, bei denen das gesuchte Wort nicht im Titel oder im Abstract vorkommt, der Inhalt des Textes aber doch relevant ist, nur möglicherweise ein anderes Wort benutzt wurde (vgl. Kleibel/Mayer, 2011, S.57f.). So wurde in dieser Arbeit zum Beispiel mit dem Schlagwort „Patient education“ gesucht, und somit wurden Ergebnisse aus allen Bereichen der Patientenedukation (Patienteninformation, Patientenschulung, Patientenberatung) aufgelistet. In der folgenden Tabelle (Tabelle 1) werden alle verwendeten Suchhilfen inklusive Suchbegriffe und Schlagwörter aufgezeigt:

Tabelle 1 Suchbegriffe

Suchhilfen	Suchbegriffe	Schlagworte (MeSH-Terms, Cinahl-Headings)
Cinahl	Englisch	
Pubmed	Patient education	Patient Education
Cochrane Library	Methods	
	Educat*	
	Nurs*	
	Needs, Patient needs, information needs	
	Stroke	

Diese Begriffe wurden gewählt, weil diese eine klare Verbindung zu den beiden Forschungsfragen aufweisen. Durch die Verknüpfung mittels Operatoren der Suchbegriffe „Patient education“, „nurs*“, „needs“ und „stroke“ wurden die meisten relevanten Treffer erzielt. Im Anhang kann Einsicht in das Suchprotokoll genommen werden.

2.1.2. Datenbanken

Der Begriff Suchhilfe beschreibt Instrumente zur Beschaffung von Literatur zu einem bestimmten Thema (vgl. Kleibel/Mayer, 2011, S.33). Unter Suchhilfen fallen unter

anderem alle Suchmaschinen im Internet, Bibliotheksdatenbanken, Freihandaufstellung in der Bibliothek, sowie die Berrypickingmethode. Unter der Berrypickingmethode wird verstanden, dass durch gefundene Literatur auf neue, relevante Literatur zugegriffen wird. Beispielsweise wird beim Lesen eines Buches ein Hinweis auf einen passenden Zeitschriftenartikel gegeben (vgl. Kleibel/Mayer, 2011, S. 65).

Für diese Arbeit wurden vorwiegend Datenbanken wie „Cinahl“, „Medline“ über die Suchoberfläche „PubMed“ und „Cochrane Library“ verwendet. Außerdem wurde in der Bibliotheksdatenbank der Medizinischen Universität Wien und Medizinischen Universität Hamburg-Eppendorf gesucht. Diese großen Datenbanken wurden ausgewählt, um die Literatursuche auf internationale, vor allem englischsprachige Literatur zu erweitern und qualitätsvolle und wissenschaftliche Literatur zu erhalten. Zusätzlich wurde in den Freihandaufstellungen der Bibliothek des Campus Rudolfinerhaus und der Medizinischen Universität, nach passender Literatur recherchiert. Frei verfügbare Studien wurden von der jeweiligen Datenbank heruntergeladen. Wenn die Volltexte nicht zugänglich waren, wurde versucht über die E-Journals von der Medizinischen Universitäten Wien und Medizinischen Universität Hamburg-Eppendorf diese zu erlangen. Auf diesem Weg konnten 42 Volltexte beschafft werden.

2.1.3. Ein & Ausschlusskriterien

Für diese Bachelorarbeit wurden folgende Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt, die nachstehend in Tabelle 2 ersichtlich sind.

Tabelle 2 Ein- & Ausschlusskriterien

	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Inhaltliche Aspekte	Bedürfnisse von Schlaganfall PatientInnen, Edukationsmethoden, Informationsweitergabe, Prävention	Prävention vor einem Schlaganfall, Reine medikamentöse Therapie, Medizinische Erkenntnisse
Bevölkerungsgruppe	Erwachsene Menschen die von einem Schlaganfall betroffen sind	Kinder und Jugendliche Angehörige
Setting	- Krankenhaus - Häusliches Umfeld	- Akut Versorgung - Notfallsituationen
Publikationsart	- Systematische Reviews - Quantitative Studien	- Graue Literatur - nicht peer-reviewed

	- Qualitative Studien - peer-reviewed	
Zeitraum	2006-2016	Veröffentlichungen vor 2006
Sprache	- Deutsch - Englisch	andere Sprachen
Kulturraum	Alle Länder	

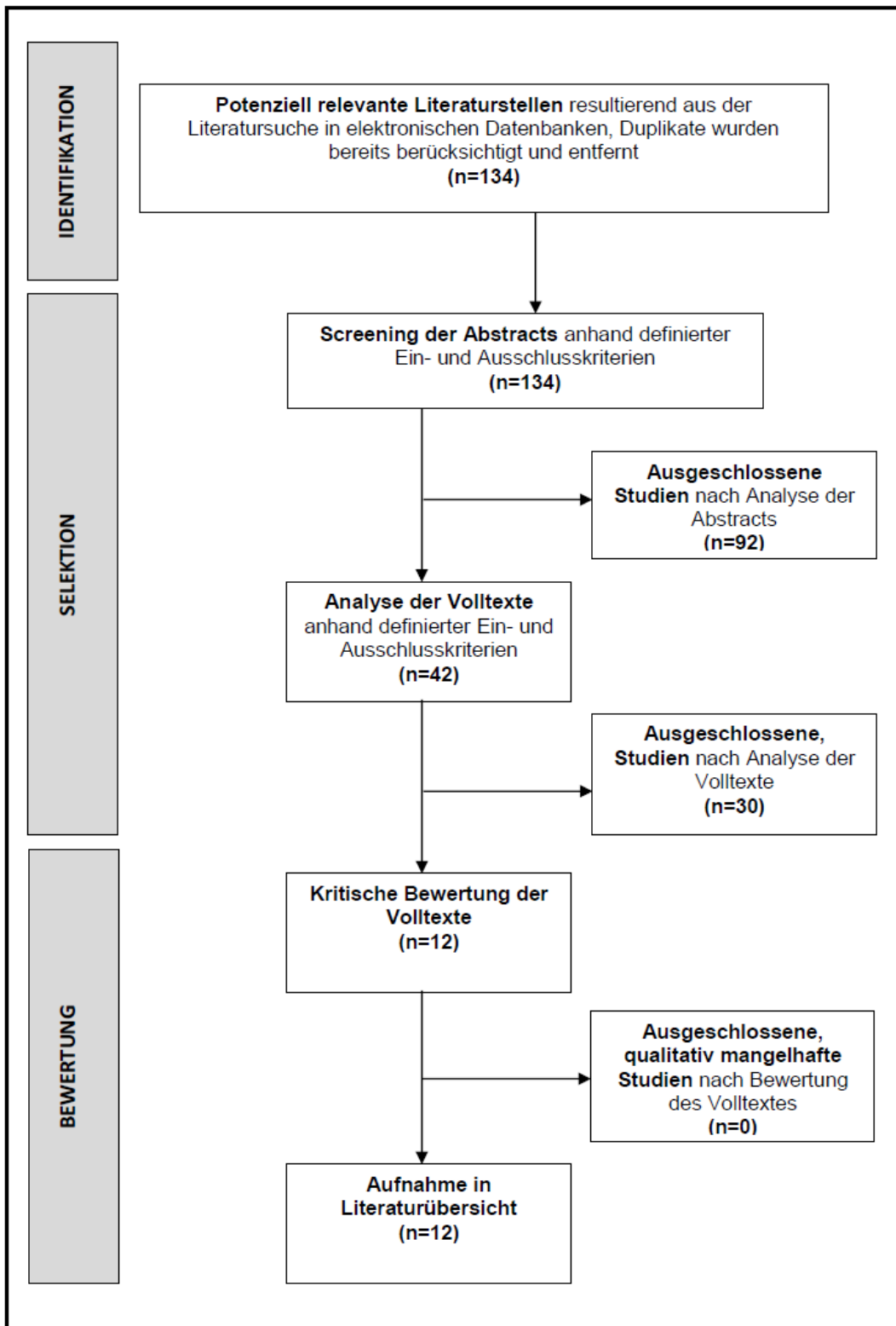
Abbildung 1 zeigt den Studienauswahlprozess mithilfe des PRISMA Flow Diagramms. Es wurden 134 Studien gefunden mit den bereits oben genannten Suchbegriffen. Bei der Anzahl der relevanten Treffer wurden bereits alle doppelten Studien ausgeschlossen. Nach dem Lesen der Abstracts wurden weitere Studien selektiert, die nicht zur Beantwortung der Fragestellung beitrugen. Es blieben 42 Volltexte übrig, die anhand der Tabelle 2 genannten Ein- und Ausschlusskriterien noch einmal selektiert wurden. Besondere Ausschlussgründe waren hier Studien, die das Augenmerk ausschließlich auf:

- Bedürfnisse von Angehörigen
- Medikamenten Compliance als Prävention
- Akutversorgung in der Notfallaufnahme
- Primärprävention vor einem Schlaganfall
- Kulturelle Besonderheiten, die nicht in unseren Breiten vorkommen, Bsp. Prävention durch Ernährung
- Studien mit medizinischem Fokus (beispielsweise Genderunterschiede bei Schlaganfall)

Am Ende der Selektionsphase konnten 12 Studien identifiziert werden, die sich zur Beantwortung der Forschungsfragen als geeignet erwiesen.

Abbildung 1 PRISMA Flow diagramm

PRISMA Flow Diagram



2.2. Einschätzung der Studien

Um wertvolle, wissenschaftliche Literatur auszuwählen, wurde die Qualität nach formalen Kriterien eingeschätzt. Zunächst wurde auf formale Kennzeichen der Dokumente geachtet: ob die Autorin/der Autor angegeben ist, aus welchem Jahr die Publikation ist und ob die Quellen, welche die VerfasserInnen in der Studie verwenden, ersichtlich sind, bzw. aus welchen Quellen die Autorin/der Autor ihr Wissen bezogen hat (vgl. Kleibel/Mayer, 2011, S.86ff.). Des Weiteren wurde darauf geachtet, dass die Publikationen dem sogenannten EMED-Format entsprechen. Dabei wird der Text in **Einleitung**, **Methode**, **Ergebnisse** und **Diskussion** gegliedert (vgl. Kleibel, 2013, S.5). Die zwölf eingeschlossenen Studien wurden mit Instrumenten zur Einschätzung der Studienqualität nach Behrens und Langer bewertet (siehe Anhang). Unter den 12 eingeschlossenen Studien ist ein Systematic Review, fünf quantitative Studien und sechs qualitative Studien. Durch die unterschiedlichen Studiendesigns wurde für jedes einzelne Design ein eigenes Beurteilungsinstrument von Behrens und Langer angewendet. Für den Systematic Review wurde das Instrument „Kritische Beurteilung einer systematischen Übersichtsarbeit“ (Behrens/Langer, 2006, S.245ff), für die quantitativen Studien wurde das Instrument „Kritische Beurteilung einer Interventionsstudie“ (Behrens/Langer, 2006, S.204ff) und für qualitative Studien wurde das Instrument „Kritische Beurteilung einer qualitative Studie“ zur Beurteilung verwendet (Behrens/Langer, 2006, S.165ff). Bei diesen Instrumenten handelt es sich um Instrumente, durch die die Qualität der Studien eingeschätzt werden kann. Die Einschätzungsinstrumente für die Studien befinden sich im Anhang³.

³ Detaillierte Studieneinschätzungen können bei der Autorin unter der E-Mail Adresse christine.fraundorfer@gmx.at angefordert werden.

3. Ergebnisse

In diesem Abschnitt der Arbeit werden die Ergebnisse der Literaturrecherche präsentiert. Zuerst wird eine Übersicht der ausgewählten Studien gegeben (Tabelle 3.1 Literaturüberblick). Anschließend werden die zwei Forschungsfragen mit den gefundenen Ergebnissen beantwortet.

3.1. Tabellarische Darstellung der Studien

Autor, Jahr Land	Titel/Ziel	Stichprobe, Setting	Studiendesign	Ergebnisse
Systematischer Review, Reviews				
Hafsteinsdóttir et al. 2011 Niederlande	Educational needs of patients with a stroke and their caregivers: a systematic review of the literature. Informationsbedürfnisse von Schlaganfallspatienten und ihren Angehörigen	PatientInnen die von einem Schlaganfall betroffen sind und ihre Angehörigen. Häusliches Setting und Krankenhaus	Systematic Review 21 Studien 1 Ausschluss 5 Qualitative Studien 15 Quantitative Studien Zeitraum von 1996-2007	+Informationsbedürfnisse von Betroffenen Menschen mit Schlaganfall & Angehörigen ist phasenabhängig und soll auf sie zugeschnitten sein. + je nach Phase sind die Bedürfnisse nach Informationen anders + Persönliche Informationen sind wichtig und schriftliche Informationen werden gewünscht zu: Diagnose, Rehabilitationsmöglichkeiten, Umgang mit Medikamenten, Ernährung, finanzielle Unterstützung in weiterer Folge und Selbsthilfegruppen bez. professionelle Unterstützung + PatientInnen wollen dieselben AnsprechpartnerInnen. +Es wird eine fortlaufende Betreuung gewünscht, weil sich der Informationsbedarf in weiteren Phasen verändert.
Quantitative Studien				
Fukuoka et al. 2015	Baseline feature of a randomized trial assessing the	Schlaganfall PatientInnen zwischen 40-80Jahren und 1 Jahr	Quantitative Studie Randomised controlled trail	+ Prävention vor einen erneuten Anfall durch Disease Management Programm über 6 Monate. +Ziel war es Risikofaktoren durch Monitoring zu

Japan	<p>effects of disease management programs for the prevention of recurrent ischemic stroke.</p> <p>Die Auswirkungen von einem Disease Management Programm, welches durch Prävention einen erneuten Insults verhindern soll</p>	<p>nach einem Schlaganfall</p> <p>Häusliches Setting</p>	<p>Interventionsgruppe n=156</p> <p>Kontrollgruppe n=165</p> <p>Zeitraum: 2010 - 2012</p>	<p>kontrollieren und dadurch das Insult Risiko zu senken.</p> <p>+Methoden waren Interviews und Telefonanrufe in regelmäßigen Abständen.</p> <p>+Augenmerk wurde auf Blutdruck Kontrollen, Gewicht und Lebensstil Änderung gelegt.</p> <p>+Es wurde interdisziplinär mit Pflegepersonen, Physiotherapeuten und Neurologen zusammen gearbeitet, um individuell auf die PatientInnen eingehen zu können</p> <p>+ Ergebnis war, dass kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen festgestellt werden konnte, das Outcome war in beiden Gruppen gleich.</p>
Zhao et al. 2014 China	<p>Differences in the knowledge and compliance with secondary prevention of stroke between transient ischaemic attack patients with and without subsequent stroke.</p> <p>Gibt es Unterschiede</p>	<p>Schlaganfall PatientInnen nach einer trans ischemic attac (TIA)</p> <p>Krankenhaus und Häusliches Setting</p>	<p>Quantitative Studie Krankenhaus based cross-sectional study</p> <p>N=355</p> <p>Zeitraum: 2008-2011</p> <p>Telephone interview nach 6 Monaten</p>	<p>+ individuelle Informationen zum Insult Risiko bei Krankenhausentlassung und 90 Tage nach Entlassung via Telefon.</p> <p>+Pat. mit einem erneuten Insult sind mehr Compliance bei med. Therapie als Pat. ohne erneuten Insult.</p> <p>+Lebensstil wurde in beiden Gruppen nicht signifikant verändert – Rauchverhalten war höher bei Pat. ohne erneuten Insult.</p> <p>+niedrige Beteiligung an Monitoring von: INR (Blutgerinnung), RR (Blutdruck), LDL (Blutfetten), BZ (Blutzucker) in beiden Gruppen</p>

	bezüglich Wissen und Compliance bei PatientInnen die einen erneuten Schlaganfall hatten zu denen die keinen hatten.			
Kim et al. 2013 Korea	Effects of a web-based stroke education program on recurrence prevention behaviors among stroke patients: a pilot study. Effekt eines Web-Basierten Edukationsprogramms für Schlaganfalls PatientInnen, welches durch Prävention erneute Insulte zu verhindern versucht.	Betroffene von einem Schlaganfall PatientInnen und Angehörige 1 Jahr nach dem Schlaganfall Häusliches Setting	Quantitative Studie Randomized controlled trail N=36 Interventionsgruppe N=18 Kontrollgruppe N=18 Interviews Face to Face und Telefon Interviews	+Web-based Interventionen können einwirken auf Essensgewohnheiten aber nicht auf Rauchen und Alkohol Konsum +trägt zu besseren Verständnis bei von Krankheit +verschiedene Methoden: Videos, schriftliche Informationen. +Mithilfe eines Quiz kann das Wissen überprüft werden, was PatientInnen als hilfreich finden +Wirkt auf die Selbstwirksamkeit +Eine Lebensstil Veränderung wurde dadurch bewirkt. +die Motivation für Gesundheit/Gesunderhaltung stieg an in der Interventionsgruppe durch erfolgreiche Erfahrungen und positive Feedback +Nachteil: man benötigt Internet und Computerkenntnisse > viele Menschen werden dadurch ausgeschlossen.
Byers et al. 2010	The effect of motivational	Patienten mit Schlaganfall	Quantitative Studie	+Interventionsgruppe erhält verbale und schriftliche Informationen. Mündliche Information

USA	<p>interviewing after ischemic stroke on patient knowledge and patient satisfaction with care: a pilot study.</p> <p>Auswirkungen von einem Motivational Interviewing Programm auf das Wissen ihrer Erkrankung und die Zufriedenheit mit der Pflege.</p>	Krankenhaus	<p>N=20 Interventionsgruppe n=5 Kontrollgruppe n=7</p> <p>1 Monat nach Entlassung wurde das Wissen und Zufriedenheit der Intervention schriftlich abgefragt.</p>	<p>wird mittels einer speziellen „motivational interviewing“ Technik von 45min vermittelt. Schriftliche Informationen sind individuell angepasst zu Diagnose, Rehabilitationsmöglichkeiten, Medikamente, Test Resultate wurden beschrieben und Informationen zur Entlassung.</p> <p>+im Vordergrund steht Prävention vor einem erneuten Insult, Zeichen erkennen, Risikofaktoren von einem Schlaganfall, Lebensstil Änderung + der Wissenstest ergab, dass nur die Interventionsgruppe alle Risikofaktoren und Warnsignale für einen Schlaganfall wusste und wiedergeben konnte.</p> <p>+ Zufriedenheit war auch bei der Interventionsgruppe höher</p>
<p>Hoffmann et al. 2007 Australien</p>	<p>Randomised trial of a computer-generated tailored written education package for patients following stroke.</p> <p>Computer generierte individuell zugeschnittene Informationen für</p>	<p>Schlaganfalls PatientInnen</p> <p>Krankenhaus Stroke Unit</p>	<p>Quantitative Studie</p> <p>Randomised controlled trail with blinded assessor</p> <p>n=138 Interventionsgruppe n=69 Kontrollgruppe n=69</p> <p>3 Monate nach Entlassung Interview t-Test</p>	<p>+ es wurde Computer individuell zugeschnittene Informationen gegenüber generellen Informationen gestellt und den PatientInnen vorgelegt.</p> <p>+ Erhebung des Bedarfs – System gibt individuelle Infos für die Pat.- 34 Themen stehen zur Verfügung –wurde anschließend mit Pat. besprochen</p> <p>+Es wurde keine Unterschied zwischen beiden Gruppen festgestellt bezüglich Wissenszuwachs, Selbstwirksamkeit, Einfluss auf Depression und Gesundheitszustand.</p> <p>+Individuelle Informationen zeigen größere</p>

	Schlaganfalls PatientInnen		Zeitraum : 2003-2005	Wirkung bei der Zufriedenheit der Pat. und wird eher aufgenommen. +PatientInnen haben durch die Computer generierte Information weniger Fragen aber keinen größeren Wissenszuwachs.
Qualitative Studien				
Danzl et al. 2016 USA	"A Lot of Things Passed Me by": Rural Stroke Survivors' and Caregivers' Experience of Receiving Education From Health Care Providers Erfahrungen von PatientInnen und Angehörigen zur erhaltenen Edukation von Gesundheitspersonal	Schlaganfall PatientInnen und ihre Angehörigen Krankenhaus und Häusliches Setting	Qualitative descriptive Studie, retrospektiv 13 Stroke Patienten 12 Caregivers Semi-structured, open-ended Interviews Dauer ca.90min	+Betroffene wünschen sich Informationen zu: Anzeichen für einen Schlaganfall und Symptome damit sie bei einem erneuten Insult schneller reagieren können; Depression und Isolation-wohin man sich wenden kann bsp. Beratungen, Selbsthilfegruppen, Psychologen und Coping Strategien; +Für weitere Präventive Maßnahmen werden mehr Informationen zu Thrombose, Harnwegsinfekte, Aspirationsgefahr bei Dysphagie und zur Wichtigkeit von Mobilisation und Aktivitäten gewünscht.- Da Prävention nicht nur aus befolgen der Medikationstherapie besteht. +Informationen zu Versicherungen und finanzielle Unterstützungen. +Die Aufnahme von Infos haben viele Faktoren: die Menge an Informationen, die richtige Zeit, der richtige Zeitpunkt, Methode, Kommunikationsstil hat einen großen Einfluss, werden die Betroffenen mit einbezogen, mehrmaliges Wiederholen in verschiedenen Settings. +Es wird eine kontinuierliche Versorgung und Betreuung von den Betroffenen gewünscht vor

				<p>allein in der chronischen Phase. + Methodisches Vorgehen für Pflegepersonen: schriftliche Materialien (helfen gut in der chronischen Phase), strukturierte Gesprächsführung, Erhebung von Informationsbedarf ist dabei sehr wichtig.</p>
<p>Martinsen et al. 2015 Norwegen</p>	<p>Young and midlife stroke survivors' experiences with the health services and long-term follow-up needs.</p> <p>Junge Schlaganfall PatientInnen ihre Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem und ihren Langzeit-Folge Bedürfnissen</p>	<p>Junge und Mittleren Alters (21-67Jahren) von Schlaganfall Betroffene</p> <p>Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtungen und Häusliches Setting</p>	<p>Qualitative Studie Hermeneutic-phenomenological</p> <p>n=16 Interviewed</p> <p>Interview Dauer zwischen 35-84 Minuten</p> <p>Zeitraum 2008-2011</p>	<p>+Probleme bei der Langzeit Versorgung oft wird diese nicht individuell angepasst +viele PatientInnen äußern psychische Probleme-keine Motivation, antriebslos, Angst wie geht das Leben weiter- würden sich kontinuierliche professionelle Unterstützung wünschen. +es gibt Unterschiede von Bedürfnissen die altersabhängig sind (Informationen zu Reintegration in den Arbeitsalltag und Familie,) – daher Wunsch nach Rehabilitationsmaßnahmen die das berücksichtigen. + Abhängigkeit von Rehabilitationsangebot und Engagements des Therapeuten und Pflegepersonals – bei Versorgung und Informationsgabe- Wunsch nach kompetentem Personal, welches ihre Fragen beantworten kann oder weiter vermittelt. +Es wird ein Ansprechpartner gewünscht, bei dem Probleme zum Ausdruck gebracht werden können und der den Betroffenen weiter hilft und sie in gewissen Lebensphasen begleitet und sie leitet.</p>
<p>Boger et al. 2014</p>	<p>Stroke self-management: a</p>	<p>Schlaganfalls Patienten</p>	<p>Qualitative Studie mixed-methods paradigm</p>	<p>+ Es gibt 3 Schlüssel Aspekte: Individuelle Kapazität (Einstellung), Unterstützung für</p>

<p>England</p>	<p>focus group study to identify the factors influencing self-management following stroke.</p> <p>Welche Faktoren beeinflussen das Selbstmanagement von Schlaganfalls PatientInnen</p>	<p>Krankenhaus und Häusliches Setting</p>	<p>Fünf Fokus Gruppen n=28</p> <p>semi-structured Interview Dauer zwischen 45-90 Minuten</p> <p>Zeitraum: 2011</p>	<p>Selbstmanagement und die Umwelt in der man Selbstmanagement angewendet wird. + Betroffene haben das Gefühl schlecht auf den Alltag vorbereitet zu sein und haben das Bedürfnis nach mehr Unterstützung nachfolgend. + wichtige Faktoren für Selbstmanagement sind: Grad der Beeinträchtigung (Behinderung), Decision-making, Entschlossenheit, Kommunikation um Bedürfnisse mitteilen zu können, finden von Ressourcen; Rollen von Professionen, Ressourcen die gefördert werden können, Rolle von Pflegenden, Reaktion von anderen auf die Entschlossenheit der Betroffenen, Politischer Einfluss – nicht genügend Therapien oder fehlende Unterstützung/technische Hilfsmittel, Selbsthilfegruppen um Erfahrungen auszutauschen</p>
<p>Kitson et al. 2012 England</p>	<p>Stroke survivors' experiences of the fundamentals of care: A qualitative analysis.</p> <p>Erfahrungen von Schlaganfalls PatientInnen mit der Grundpflege/ Grundversorgung</p>	<p>Schlaganfalls PatientInnen</p> <p>Krankenhaus Setting</p>	<p>Qualitative Studie Interpretative phenomenology</p> <p>n=15</p> <p>58 Interviews (von 2006-2007) davon 12 ausgewählt und neu codiert, 11 Interviews (von 2011) davon 3 ausgewählt</p>	<p>+physische Bedürfnisse (Mobilität, Essen und Trinken, Sicherheit, anziehen, Komfort, Schlaf, Sexualität) +psychische Bedürfnisse (Würde, Sprache, Lernen, Privatsphäre, Respekt) + Pflegebeziehung (Genesungsprozess, Respekt, individuell und Zeit) +Faktoren wie, physische Bedürfnisse (Essen und Trinken, Hygiene) psychische Bedürfnisse (Stress, Genesung, Wohlbefinden) Pflegebeziehung haben Einfluss auf die Wahrnehmung der Versorgung. +Patienten fühlen sich beschämt bei Toiletten</p>

			Narrative Interview	<p>Begleitung +Verlust von Selbständigkeit hängt oft mit Verlust von ihrer Würde zusammen. +Edukation erschwert durch Verlust von Sprache, Lesefertigkeiten und Schreibfähigkeit + Pflegeperson sollen für eine „gute Pflege“ empathisch sein.</p>
<p>Rose et al. 2010 Australien</p>	<p>Do people with aphasia want written stroke and aphasia information? A verbal survey exploring preferences for when and how to provide stroke and aphasia information.</p> <p>Wann und wie sollen PatientInnen mit Aphasie Informationen gegeben werden und wollen diese schriftliche Informationen?</p>	<p>Schlaganfall PatientInnen mit Aphasie</p> <p>Krankenhaus und Häusliches Setting</p>	<p>Qualitative Studie Descriptive Studie mit Survey Design</p> <p>40 Interviews Face to face</p>	<p>+ Informationen in schriftlicher Form zu Schlaganfall und Aphasie, wobei Informationen zu Aphasie als wichtiger Empfundener wird von den Betroffenen.</p> <p>+ im 6 Monat nach Insult meistes Bedürfnis nach Informationen und eher ab 1 Monat nach dem Insult werden Informationen wichtiger.</p> <p>+ Auf keinen Fall sollen schriftliche Informationen 1 Tag nach dem Insult zu Schlaganfall und Aphasie gegeben werden.</p> <p>+ Es werden Broschüren, Informationszetteln und DVDs/ Videoclips und CDs/Audiomitschnitte von den Befragten bevorzugt.</p> <p>+Computer und Internet wird von der Hälfte angegeben- einige gaben an keine ausreichenden PC-Kenntnisse zu haben.</p> <p>+DVD und Videomaterial wurde im Krankenhaus zum Zeitvertreib genützt. Und vermehrt in den ersten 6 Monaten nach dem Insult.</p> <p>+ Die gewünschten Materialien hängen oft mit den Fähigkeiten der Betroffenen zusammen - verminderte Lesefähigkeit (es werden eher DVDs</p>

				<p>und Audio Materialien bevorzugt).</p> <p>+Die gegebenen Informationen sollen seitens der Pflegepersonen positiv und hoffnungsvoll formuliert sein – können sonst Ängste bei Betroffenen auslösen.</p> <p>+Betroffene geben an, dass die Informationen oft zu komplex sind für ihre Bedürfnisse, bevorzugen einfache und verständliche Informationen.</p>
<p>Eames et al. 2010 Australien</p>	<p>Delivery styles and formats for different stroke information topics: patient and carer preferences.</p> <p>Verschiedene Informationsformate für Schlaganfalls Themen</p> <p>Bevorzugen aus der Sicht von PatientInnen und Angehörigen</p>	<p>Schlaganfall PatientInnen und ihre Angehörigen</p> <p>Krankenhaus und Häusliches Setting</p>	<p>Qualitative Studie</p> <p>semi-structured questionnaire, narrative reporting und descriptive statistic</p> <p>132 Patienten 44 Angehörige</p> <p>Zeitraum:2007-2008</p>	<p>+Vermittlungsart von Informationen: Mündlich und persönlich, schriftlich, Telefon, audiovisual und Internet</p> <p>+Mündliche und persönliche, schriftliche Informationen und Telefonate werden bevorzugt bei den Befragten.</p> <p>+Informationen sollen dosiert sein, helfen für den Alltag und kontinuierlich sein.</p> <p>+Informationsthemen sind: Zugang zu Infoservices, präventive Informationen zur Vermeidung eines erneuten Insult</p> <p>+Informationsbedürfnis von PatientInnen & Angehörige ist abhängig von Phasen: nach 3 Monaten, 6 Monaten, 12 Monaten.</p> <p>+PatientInnen mit Aphasie stellen eine besondere Herausforderung dar, weil sie sich schwer mitteilen können benötigen daher eine gerechte Kommunikation.</p>

3.2. Informationsbedürfnisse der PatientInnen

Informationsbedürfnisse im Verlauf

Die Ergebnisse der Literaturrecherche zeigen, dass sich die Informationsbedürfnisse bei den Betroffenen von der Zeit des Aufenthalts im Krankenhaus, bis zur Entlassung und in den Folgemonaten zuhause verändern. Besonders lassen sich Veränderungen vom ersten bis zum dritten Monat und ab dem sechsten Monat festmachen. In den ersten Monaten haben die Betroffenen eher den Wunsch nach krankheitsbezogenen Informationen, wie Diagnose, Erkennung der Anzeichen und Symptome für einen erneuten Insult, sowie den Umgang mit Medikamenten und wollen Informationen zu ihren Rehabilitationsmöglichkeiten. In späteren Phasen werden Informationen zu finanzieller Unterstützung, Versicherungen, Depressionen und Isolation, professioneller Unterstützung, Selbsthilfegruppen und Coping Strategien gewünscht (Hafsteinsdóttir et al., 2011; Eames et al., 2011; Danzl et al., 2016; Rose et al., 2010). Rose et al. (2010) kommen in ihrer Erhebung zu dem Schluss, dass das Informationsbedürfnis von Informationen zu einem bestimmten Zeitpunkt sehr individuell ist und Frauen und Männer unterschiedlich früh oder spät, Informationen zu einem Thema möchten. Weiters erhoben Danzl et al. (2016), dass Informationen zur Prävention von Folgeerkrankungen zu den Themen Thrombose, Harnwegsinfekte, Aspirationsgefahr (Verschluckungsgefahr) bei Dysphagie (Schluckstörung) und die Wichtigkeit von Mobilisation und physischer Aktivitäten in der chronischen Phase, erbeten werden.

Kontinuierliche Ansprechperson

In der Studie von Martinsen et al. (2015) wurde herausgefunden, dass es ein großes Bedürfnis bei jüngeren und Betroffenen mittleren Alters ist, eine kontinuierliche Ansprechperson zu haben. Mit dieser Person soll über aktuelle Probleme und die Erkrankung gesprochen werden können. Diese Gruppe von Betroffenen äußert Ängste und Antriebslosigkeit in Bezug auf ihre Zukunft und hätte gerne phasenweise Unterstützung von einer Person, die ihnen in einer solchen Phase eine Richtung vorgibt, damit sie sich orientieren können. Die Untersuchungen von Danzl et al. (2016) und Hafsteinsdóttir et al. (2011) kamen zu ähnlichen Ergebnissen. In beiden Studien gaben die ProbandInnen an, dieselbe Ansprechperson über einen längeren Zeitraum haben zu wollen und eine fortlaufende Betreuung erstrebenswert wäre. Ebenso empfinden Schlaganfall PatientInnen es als wichtig, professionelle Ansprechpartner zu haben, die ihre Fragen beantworten können oder an andere Professionen vermitteln (Martinsen et al., 2015).

Individuelle Informationen

Die Erhebungen von Zhao et al. (2014), Kim et al. (2013), Eames et al. (2011), Danzl et al. (2016), Rose et al. (2010) und Byers et al. (2010) weisen auf, dass individuell angepasste Informationen zu ihrer Krankheit für die Betroffenen sehr wichtig sind und gefordert werden. Die Informationen und Beratungen sollen auf die Situation der Betroffenen zugeschnitten sein und einen Nutzen für Ihre Alltagsbewältigung haben. Martinsen et al. (2015) kommen zu dem Schluss, dass jüngere Schlaganfalls PatientInnen andere Interessen haben als ältere Betroffene. Themen wie Reintegration in den Arbeitsalltag und das Familienleben sind bei dieser Zielgruppe vermehrte Schwerpunkte. Ebenso stellt diese Gruppe Betroffener andere Anforderungen an das Gesundheitssystem und die Rehabilitation. Sie kritisieren, dass die Langzeitversorgung in der chronischen Phase wenig auf individuelle Bedürfnisse abgestimmt ist und dass sie abhängig sind von der Motivation und dem Engagement der Gesundheitsdienste.

Bedürfnisse im Krankenhaus

In der Studie von Kitson et al. (2012) wurden Erfahrungen von Schlaganfall PatientInnen im Krankenhaus behandelt. Dabei konnten von Sicht der PatientInnen drei Bedürfnisbereiche, die die Versorgung im Krankenhaus beeinflussen, festgemacht werden: physische Bedürfnisse, psychische Bedürfnisse und Pflegebeziehung. Betroffene von einem Schlaganfall haben die physischen Bedürfnisse, Selbständigkeit zu erlangen hinsichtlich der Mobilität sowie dem Anziehen, Essen und Trinken. Eingeschränkte Sprachfähigkeiten oder Körperfunktionen bedeuten für viele Betroffene Verlust an Selbständigkeit. Die plötzliche Angewiesenheit auf fremde Hilfe und Unterstützung bedeutet für einen Großteil der Schlaganfall PatientInnen Verlust ihrer Würde. Besonders fühlen sich viele Betroffene beschämt bei der Toilettenbegleitung. Die fehlende Privatsphäre im Krankenhaus wird oft als Einschränkung der Lebensqualität empfunden. Die eben genannten Aspekte fallen unter die psychischen Bedürfnisse von PatientInnen. Von der Pflegebeziehung erwarten sich die Betroffenen Respekt ihnen gegenüber und Verständnis für ihre Situation. Sie wünschen sich von Seite der Pflegeperson individuelles Eingehen und Zeit. Eine gute Pflege ist durch Empathie der Pflegeperson ausgezeichnet. PatientInnen wollen in Entscheidungen miteinbezogen werden und Informationen auf verschiedene Weisen erhalten (Martinsen et al., 2015; Hafsteinsdóttir et al., 2011; Danzl et al. 2016).

Bedürfnisse bei der Informationsgabe

Die Mehrheit der Betroffenen möchte individuelle, mündliche Informationen gefolgt von schriftlichen Broschüren. Je nach Einschränkungen der PatientInnen werden andere

Methoden bevorzugt und gewünscht. Eine besondere Herausforderung stellen Schlaganfall-PatientInnen mit einer Aphasie dar, weil sich diese Gruppe schwer mitteilen kann und eine gerechte Kommunikation erfordert wird (Rose et al.,2010; Eames et al., 2011).

3.3. Informationsmethoden bei PatientInnenedukation

Die Ergebnisse der Studien gehen vorwiegend auf Information, Vermittlung und Beratung ein. Schulungsinhalte wurden in keiner Studie beschrieben.

Richtige Vermittlung

Eames et al. (2011) erhoben in ihrer Arbeit, dass es für Menschen, die von einem Schlaganfall betroffen sind wichtig ist, dosierte Informationen gerade am Beginn zu geben. Eine Menge an Informationen kann zur Überforderung bei den PatientInnen führen. Ebenso ist der Zeitpunkt, Kontinuität und die individuelle Information für die Betroffenen entscheidend, ob die erhaltene Edukation fruchtet. Je mehr die erhaltenen Inhalte mit der Anwendbarkeit im Alltag übereinstimmen, desto eher werden diese angenommen. Die Erhebung zeigt, dass Informationen und Beratungen zu bestimmten Themen zu späteren Zeitpunkten oder Phasen besser geeignet sind. Dies hängt damit zusammen, weil sich die Informationsbedürfnisse der Betroffenen im Laufe der Zeit verändern. Danzl et al. (2016) kamen in ihrer Studie zu demselben Ergebnis. Das mehrmalige Wiederholen in verschiedenen Settings verstärkt die Einprägung von Edukationsinhalten. Sie konnten auch festmachen, dass verschiedene Kommunikationsstile einen Einfluss auf die Aufnahme von Inhalten haben. Eine weitere Wirkung hat das Miteinbeziehen von PatientInnen beim Vermitteln von Edukationsinhalten. Es wird aufgezeigt, dass Pflegepersonen durch ihre Rolle einen Einfluss auf die Aufnahme von Informationen bei Schlaganfall Patienten haben. Durch die Erhebung des Informationsbedarfes der Betroffenen kann individuell auf diese eingegangen werden. Weiters trägt eine strukturierte Gesprächsführung und die richtigen Materialien zu einem besseren Verständnis bei.

Vermittlungsmethoden

Die Studien von Rose et al (2010), Eames et al.(2011) und Kim et al. (2013) versuchten die verschiedenen Vermittlungsmethoden zu erfassen und die bevorzugten Arten der Betroffenen zu eruieren. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass Menschen die von Schlaganfall betroffen sind, vermehrt mündliche und persönliche Informationen möchten. Gefolgt von schriftlichen Broschüren und Informationszetteln, die vor allem in der

chronischen Phase zuhause an Bedeutung gewinnen. Weiters wird gerne auf Hotlines, die telefonische Beratung anbieten, zurückgegriffen. Aphasie Betroffene gaben an, dass sie im Krankenhaus und in den ersten sechs Monaten vermehrt Videomaterialien und CDs nützten. Internet und Computer werden zunehmend genützt und erzielen bei den Betroffenen gute Wirkungen bei der Aufnahme von Informationen. Welche Methode bevorzugt wird, ist von dem Betroffenen abhängig, es kann aber ein Zusammenhang zwischen Fähigkeiten des Patienten und der gewünschten Materialien festgestellt werden. Menschen die unter Aphasie leiden greifen lieber auf schriftliche Informationen und audiovisuelle Mitteln zurück. Ist die Lesefähigkeit eingeschränkt, werden alle anderen Methoden für die Vermittlung von Edukationsinhalten verwendet. Rose et al. (2010) schreiben, dass Menschen mit Aphasie dieselben Informationsbedürfnisse vorweisen wie andere Schlaganfall PatientInnen, jedoch kann sich diese Gruppe Betroffener nicht entsprechend mitteilen und darum sind hier Pflegepersonen im Speziellen gefordert, eine geeignete Methode zu finden. Diese PatientInnengruppe bevorzugt Informationen zu Aphasie vor Schlaganfall. Bei der Formulierung der Unterlagen ist darauf zu achten, dass diese positiv und hoffnungsvoll formuliert werden, um keine Ängste bei den Betroffenen hervorzurufen.

Wirkung von Edukationsprogrammen

In der Untersuchung von Kim et al. (2013) wurde ein Web-basiertes Edukationsprogramm getestet und beurteilt. Dabei konnte festgestellt werden, dass diese Intervention zu einem besseren Verständnis der Erkrankung beiträgt und einen Einfluss auf die Selbstwirksamkeit hat. Es konnte keine Lebensstiländerung bewirkt werden, aber Ernährungsgewohnheiten wurden zum Teil geändert. Besonders gut wurde das Quiz zur Wissensüberprüfung von den ProbandInnen bewertet. In der Interventionsgruppe stieg die Motivation für die Gesundheit, welche durch erfolgreiche Erfahrungen und positives Feedback erreicht wurde. Der Nachteil dieser Methode besteht darin, dass ein Computer Voraussetzung ist und PC-Kenntnisse benötigt werden.

In der Erhebung von Byers et al. (2010) wurde über eine spezielle Kommunikationstechnik geschrieben, welche Pflegepersonen erlernten und dann PatientInnen verbale und schriftliche Informationen vermittelten. Durch diese Technik namens „motivational interviewing“ schnitten die ProbandInnen, die diese Edukationsmethode erhielten, in den Bereichen Erkennen von Risikofaktoren und Warnsignale für einen erneuten Insult, besser ab, als die Kontrollgruppe. Die Zufriedenheit bezüglich der Interventionsmaßnahmen war ebenso in der Interventionsgruppe größer. Borger et al. (2014) befassten sich in ihrer Studie mit

Selbstmanagement und konnten auch feststellen, dass Kommunikation einen Einfluss auf die Informationsaufnahme von PatientInnen hat.

Selbstmanagement

Für Selbstmanagement gibt es laut Boger et al. (2014) drei Schlüsselaspekte: individuelle Kapazität, Unterstützung für Selbstmanagement und die Umwelt, in der Selbstmanagement stattfinden sollte. Weiters hat der Grad der Beeinträchtigung eine Auswirkung auf das Selbstmanagement und die vorhandenen Ressourcen. Faktoren die von den Betroffenen nicht beeinflussbar sind, aber zu Selbstmanagement beitragen, sind das Fehlen von Therapien um Ressourcen zu fördern oder kein Zugang zur Unterstützung bzw. das Fehlen von Hilfsmitteln.

Veränderung des Lebensstils

Die Untersuchungen von Fukuoka et al. (2015) und Zhao et al. (2014) zeigten wenig Effekt bei der Verhaltensänderung durch die eingesetzte Edukationsintervention. Parallelen lassen sich in den eingesetzten Methoden finden. In beiden Erhebungen wurden die ProbandInnen telefonisch nachbetreut. Ebenso wurde bei beiden Interventionen versucht präventive Maßnahmen umzusetzen, die auf regelmäßiges Blutdruckmessen, Gewicht Kontrolle und Veränderung des Lebensstils abzielten. Die Teilnehmer erreichten in beiden Studien keine Umstellung des Lebensstils. In der Studie von Zhao et. al (2014) wurde jedoch erkannt, dass PatientInnen mit einem erneuten Insult, bei der Medikamententherapie und beim Rauchverhalten mehr Compliance zeigten.

Hoffmann et al. (2007) zeigten mit ihrer Erhebung auf, dass durch individuell zugeschnittene Informationen (die durch ein spezielles Computerprogramm zusammengestellt werden und anschließend mit den PatientInnen besprochen wurden), keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventionsgruppe und Kontrollgruppe erzielt wurden, die den Wissenszuwachs, die Selbstwirksamkeit oder Einfluss auf Gesundheitszustand bewirkten. Jedoch kann eine größere Zufriedenheit und weniger Fragen bei der Interventionsgruppe festgestellt werden.

4. Diskussion und Schlussfolgerung

Es geht aus den Ergebnissen der Studien klar hervor, dass sich betroffene Menschen von einem Schlaganfall individuelle und auf Ihre Situation zugeschnittene Informationen und Beratung wünschen (vgl. Hafsteinsdóttir et al, 2011, S.18ff.). Pflegepersonen reagieren auf diese Bedürfnisse mit verschiedensten Edukationsmethoden. Jedoch wird durch die Studien gezeigt, dass individuelle und für die Situation zugeschnittene Informationen nicht unbedingt eine Wirkung auf die betroffene Person hat. Die Betroffenen erhalten dadurch nicht zwingend mehr Wissen oder verändern dadurch ihren Lebensstil. Allerdings kann belegt werden, dass PatientInnen, die individuelle Informationen erhielten, viel zufriedener mit den Edukationsmaßnahmen waren und sich gut betreut fühlten (vgl. Byers et al, 2010, S. 317ff.; Hoffmann et al.,2007, S.283ff.; Fukuoka et al., 2015, S.615ff.; Zhao et al., 2014, S.2941ff.). Es zeigt sich jedoch, dass Interventionen bei denen die PatientInnen miteinbezogen werden, selbst aktiv werden, ihr Wissen überprüfen können und positives motivierendes Feedback bekommen, effektiver sind (vgl. Kim et al., 2013, S.493ff.). Ein weiterer Aspekt, den sich Betroffene wünschen ist, eine kontinuierliche langfristige Betreuung durch eine/einen AnsprechpartnerIn (vgl. Danzl et al, 2016, S. 16ff; Martinsen et al, 2015, S.29ff.). Eine kontinuierliche und längerfristige Versorgung durch eine Bezugsperson, welche auf die Veränderungen der Bedürfnisse in der chronischen Phase der Betroffenen besser eingehen könnte. Schlaganfall-PatientInnen haben das Gefühl schlecht vorbereitet zu sein für den Alltag zuhause, darum ist es wichtig das Selbstmanagement zu fördern (vgl. Boger et al., 2014, S.184ff.). Dies ist ein Prozess, der kompetente Betreuung durch geschultes Fachpersonal erfordert. Gesundheitsdienste sind besonders vor Herausforderungen gestellt, wenn betroffenen Menschen umziehen oder die Institutionen wechseln, was eine kontinuierliche Versorgung durch eine/einen AnsprechpartnerIn erschwert (vgl. Fukuako et al.,2015, S.616).

Die angewendeten Edukationsmethoden in den Studien führten bei keinen betroffenen Menschen zu einer Lebensstilveränderung. Eine Lebensstilveränderung würde für die Schlaganfall-PatientInnen die beste und effektivste Prävention vor einem erneuten Insult darstellen. Denn durch eine Vermeidung der Risikofaktoren wird das Risiko an einem erneuten Insult zu erleiden, gesenkt und ist somit die beste und wirkungsvollste Prophylaxe (vgl. Zeiler, 2001,S.179).

In der Literatur wird immer wieder erwähnt, dass die Betroffenen stark unter Depressionen und Isolation leiden. Der Wunsch nach Informationen oder Unterstützung zu diesem Thema wird bei Betroffenen erst in einer späteren Phase relevant (vgl. Martinsen et al., 2015, S.31). PatientInnen haben oft zu diesem Zeitpunkt keine direkte Bezugsperson,

was für sie oftmals keinen Zugang zu Informationen und Unterstützung bedeutet. Diese Themen werden selten von Pflegepersonen angesprochen und darum ist vielen Menschen, die von Schlaganfall betroffen sind nicht klar, dass sie an einer Depression leiden (vgl. Danzl et al., 2016, S.17).

Weiters lässt sich in den Ergebnissen festmachen, dass es nicht *die* optimale Edukationsmethode für die Betroffenen gibt. Jeder Mensch ist individuell und hat andere Informationsbedürfnisse zu einem bestimmten Zeitpunkt. Rose et al. (2010, S. 86f.) zeigen, dass es Unterschiede bei Frauen und Männern gibt. Frauen wollen häufiger zu einem früheren Zeitpunkt Informationen erhalten als Männer. Ebenso wird aufgezeigt, dass die Informationsbedürfnisse zwischen Generationen sehr unterschiedlich sind und andere Erwartungen an das Gesundheitssystem gestellt werden (vgl. Martinsen et al., 2015, S.31ff.). Welche Edukationsmethode und Materialien verwendet werden sollen, ist ebenfalls von jeder einzelnen betroffenen Person abhängig. Es kann jedoch festgestellt werden, dass die bevorzugten Methoden verbale, visuelle und geschriebene Materialien, sind. Eine weitere Komponente ist der Grad der Beeinträchtigung der Schlaganfall-PatientInnen und die Ressourcen auf die die PatientIn noch zurückgreifen kann. PatientInnen betonen immer wieder, dass die Informationen einfach gehalten werden sollen, da zu komplexe Formulierungen und die Fachsprache nicht verstanden werden (vgl. Rose et al., 2010, S.89ff.).

Die Literatur veranschaulicht, dass es wenige Erhebungen zu Schlaganfall-PatientInnen mit Aphasie gibt. Die meisten Studien schließen diese PatientInnengruppe aus, weil sich diese nicht mitteilen können. Jedoch wird immer wieder darauf hingewiesen, dass gerade diese Gruppe von Betroffenen besondere Informationsbedürfnisse haben und spezielle Betreuung benötigen. Instrumente, mit denen der Bedarf von Informationen erhoben werden kann oder die Kommunikation mit dieser Patientengruppe gefördert werden könnte, wären hilfreich für die Pflegepraxis. Weiters wäre eine Bedürfniserhebung von Schlaganfall-Betroffenen im deutschsprachigen Raum interessant, um herauszufinden, ob sich die Bedürfnisse mit den PatientInnen in anderen Ländern, decken.

5. Limitationen und Zusammenfassung

Diese Bachelorarbeit weist einige Limitationen auf. Zur Beantwortung der Fragestellung wurde auf unterschiedliche Studiendesigns zurückgegriffen. Es stellt sich daher die Frage, ob beispielsweise ein Systematic Review mit qualitativen und quantitativen Studien hinsichtlich der Aussagekraft gleichgesetzt werden kann. Ein Systematic Review gibt eine Zusammenfassung über ein Thema und beschreibt die Ergebnisse von qualitativen und quantitativen Studien zu diesem Thema. Der verwendete Systematic Review beinhaltet keine qualitativen oder quantitativen Studien, die in dieser Arbeit verwendet wurden. Daher wurde dieser aufgrund der wertvollen Ergebnisse miteinbezogen. Ein weiterer relevanter Aspekt dieser Arbeit ist, dass einige Studien aus China, Japan und Korea stammen. In den genannten asiatischen Ländern gibt es sehr große kulturelle Unterschiede zu unseren Breiten. Ebenso sind viele Studien aus den USA und Australien, diese Länder haben ein anderes Gesundheitssystem und eine andere Versorgung als Österreich. Es wurden keine deutschsprachigen Studien zu den formulierten Forschungsfragen gefunden daher kann nicht mit Sicherheit gesagt werden, ob die Bedürfnisse von Schlaganfall-Patienten in den deutschsprachigen Raum übertragbar sind. Auch hinsichtlich der Edukationsmethoden, die in dieser Arbeit beschrieben wurden, ist fraglich inwieweit die Ergebnisse aus diesen Studien auf unseren Kulturkreis umlegbar sind.

Durch die Bearbeitung der beiden Forschungsfragen konnte veranschaulicht werden, dass betroffene Menschen von einem Schlaganfall viele Informationsbedürfnisse haben. Diese Bedürfnisse verändern sich im Laufe der Zeit, darum ist es sehr wichtig für Pflegepersonen, dies auch wahrzunehmen um angemessen reagieren zu können. Prävention ist bei dieser PatientInnengruppe ein sehr wichtiges Thema, weil ein Schlaganfall das Auftreten eines zweiten begünstigt. Durch PatientInnenedukation kann bei Betroffenen Gesundheitskompetenz gestärkt werden, Damit kann das Risiko von einem erneuten Insult reduziert werden. Je nach Schwere des Schlaganfalles leiden Betroffene an Folgebeeinträchtigungen nach dem Insult. Folgen der Beeinträchtigungen können Isolation und Depression sein. Durch frühzeitiges Ansprechen der Problematik und Vermittlung von Coping Strategien, was von Betroffenen gewünscht wird, kann Depressionen vorgebeugt werden. Jeder Schlaganfall Betroffene hat individuelle Bedürfnisse und möchte für seine Situation entsprechende Informationen, die ihr/ihm helfen sollen, den Alltag zu bewältigen. Pflegepersonen sollen emphatisch sein und den PatientInnen mit Respekt entgegenkommen. Die betroffenen Menschen sind plötzlich von

einem Moment auf den anderen auf fremde Hilfe angewiesen. Der Verlust der Selbständigkeit ist für viele Schlaganfall PatientInnen entwürdigend und demütigend. Diese Situation und die Lage in der sich die PatientInnen plötzlich befinden, muss erst verarbeitet werden. Pflegepersonen sind daher vor die Herausforderung gestellt, für jede einzelne Patientin/jeden einzelnen Patienten den richtigen Zeitpunkt für PatientInnenedukation, die richtige Dosis an Information, richtige Edukationsinhalte und die richtige Edukationsmethode zu finden. Die Ergebnisse zeigen, dass durch aktive Partizipation der PatientInnen, motivierende Kommunikation und positives Feedback die meiste Wirkung in Bezug auf Gesunderhaltung und Lebensstilveränderung erzielt wurde.

6. Literaturverzeichnis

Abt-Zegelin, A. (2014): Beraten, Informieren und Schulen als Pflegeaufgabe: Das Wittener Konzept. In: Plessl-Schorn (Hrsg.): Patienten- und Angehörigenbildung. Aufgaben für Ausbildung und Praxis. Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien, S.11-23.

Alison L. Kitson, Clare Dow, Joseph D. Calabrese, Louise Locock, Åsa Muntlin Athlin, (2012): Stroke survivors' experiences of the fundamentals of care: A qualitative analysis. In: International Journal of Nursing Studies. Vol 50, p.392-403. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.09.017

Behrens, J., Langer, G. (2006): Evidence-based Nursing and Caring. Interpretativ-hermeneutische und statistische Methoden für tägliche Pflegeentscheidungen. Vertrauensbildende Entzauberung der „Wissenschaft“. 2. Aufl. Verlag Hans Huber, Bern.

Boger EJ, Demain SH, Latter SM. (2015): Stroke self-management: a focus group study to identify the factors influencing self-management following stroke. In: International Journal of Nursing Studies. Vol.52, No.1, p.175-87. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.05.006.

Brenner, A. (2014): Patienten- und Angehörigenbildung-Aufgaben für Ausbildung und Praxis. In: Plessl-Schorn (Hrsg.): Patienten- und Angehörigenbildung. Aufgaben für Ausbildung und Praxis. Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien, S.24-43.

Bundesministerium für Gesundheit (2012). Rahmen-Gesundheitsziele. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/wp-content/uploads/2015/11/RGZ_Langfassung_20150915.pdf. Stand vom 15.04.2016.

Byers AM, Lamanna L, Rosenberg A. (2010): The effect of motivational interviewing after ischemic stroke on patient knowledge and patient satisfaction with care: a pilot study. In: The Journal of Neuroscience Nursing. Vol.42, Nr.6, p.312-322.

Danzl MM, Harrison A, Hunter EG, Kuperstein J, Sylvia V, Maddy K, Campbell S, (2016): "A Lot of Things Passed Me by": Rural Stroke Survivors' and Caregivers' Experience of Receiving Education From Health Care Providers. In: The Journal of Rural Health. Vol.32, Nr.1, p.13-24. doi: 10.1111/jrh.12124

Dierks, M-L., (Hrsg.) / Seidel, G.(Hrsg.),/Hirschberg, I. (2010): Bewertung und Wirkung von evidenzbasierten Gesundheitsinformationen - die Perspektive der Nutzer.

Magisterarbeit, Patientenuniversität an der Medizinischen Hochschule Hannover, Grin Verlag, Norderstedt.

Eames S, Hoffmann T, Worrall L, Read S. (2011): Delivery styles and formats for different stroke information topics: patient and carer preferences. In: Patient Education and Counseling. Vol.84, No.2, p.18-23. doi:10.1016/j.pec.2010.07.007

Fukuoka Y, Hosomi N, Hyakuta T, Omori T, Ito Y, Uemura J, Kimura K, Matsumoto M, Moriyama M (2015): Baseline feature of a randomized trial assessing the effects of disease management programs for the prevention of recurrent ischemic stroke. In: Journal of Stroke Cerebrovascular Diseases.Vol.24, Nr.3, p.610-617. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2014.10.007

Hafsteinsdóttir TB, Vergunst M, Lindeman E, Schuurmans M, (2011):Educational needs of patients with a stroke and their caregivers: a systematic review of the literature. In: Patient Education and Counseling. Vol.85, Nr.1,p.14-25. doi:10.1016/j.pec.2010.07.046

Hildebrandt/Kickbusch (1989): Ottawa Charta zu Gesundheitsförderung. Internetadresse: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf. Stand vom:28.03.15.

Hoffmann T¹, McKenna K, Worrall L, Read SJ.(2007): Randomised trial of a computer-generated tailored written education package for patients following stroke. In: Age Ageing. Vol.36, No.3, p. 280-286.

I care (2015): I care. Krankheitslehre. Nervensystem. Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart. S.844-935.

Kickbusch,I./ Hartung,S. (2014): Die Gesundheitsgesellschaft. Konzepte für eine gesundheitsförderliche Politik. 2.Aufl., Verlag Hans Huber, Bern.

Kim JI, Lee S, Kim JH. (2013): Effects of a web-based stroke education program on recurrence prevention behaviors among stroke patients: a pilot study. In: Health Education Research. Vol.28, No.3, p.488-501. doi: 10.1093/her/cyt044

Kleibel, V. (2013): Qualitative Beurteilung von Publikationsarten, Unveröffentlichtes Skriptum, Rudolfinerhaus, Wien.

Kleibel, V./ Mayer, H. (2011): Literaturrecherche für Gesundheitsberufe. 2., überarbeitete Aufl. Facultas Verlag- und Buchhandels AG, Wien.

Kocks, A./ Zegelin ,A. (2012): Patientenedukation. Informieren, Schulen, Beraten von Betroffenen und Angehörigen. In: Curaviva, 43 (2012), H.2, S.18-21.

Kubli, C./ Sermier, S./ Scheurer Steffen, C. (2011): Neue Wege zur Stärkung der Gesundheitskompetenz. Informations- und Kommunikationstechnologie. In: Krankenpflege SBK, 104 (2011), H.11, S.15-17.

Martinsen R, Kirkevold M, Sveen U. (2015): Young and midlife stroke survivors' experiences with the health services and long-term follow-up needs. In: Journal of Neuroscience Nursing. Vol.47, No.1, p.27-35. doi: 10.1097/JNN.000000000000107

Mayer, H. (2015): Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für das Studium. 4., überarbeitete Aufl. Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien.

Österreichische Schlaganfall-Gesellschaft (2016): Zahlen und Fakten. o.J, Internetadresse: <http://www.oegsf.at/aerzte/index.php?page=zahlen-und-fakten-2>, Stand vom 18.03.16

RIS (2015): Gesundheits-und Krankenpflegegesetz (GuKG).28.11.2015, Internetadresse: <https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NR40113498&ResultFunctionToken=c14a9c3b-038d-47e0-b773-9abe4fe0c8de&Position=1&Kundmachungsorgan=&Index=&Titel=&Gesetzesnummer=&VonArtikel=&BisArtikel=&VonParagraf=&BisParagraf=&VonAnlage=&BisAnlage=&Typ=&Kundmachungsnummer=&Unterzeichnungsdatum=&FassungVom=22.03.2016&VonInkrafttredatum=&BisInkrafttredatum=&VonAusserkrafttredatum=&BisAusserkrafttredatum>

=&NormabschnittnummerKombination=Und&ImRisSeit=Undefined&ResultPageSize=100
&Suchworte=GuKG. Stand am 22.03.2016

Rose T, Worrall L, Hickson L, Hoffmann T. (2010): Do people with aphasia want written stroke and aphasia information? A verbal survey exploring preferences for when and how to provide stroke and aphasia information. *Top Stroke Rehabil.* Vol.7, No.2, p.79-98. doi: 10.1310/tsr1702-79.

Rudolfinerhaus (2014): Evaluation der Dokumentation der Patientenedukation auf der Pflegeübersicht. Unveröffentlichte Erhebung der Stabstelle Pflegeentwicklung, Wien. Stand vom 16.03.2016

Rudolfinerhaus (2015): Patienten-und Angehörigenedukation Rudolfinerhaus Wien. Konzeptbeschreibung Patienten-und Angehörigenedukation. Unveröffentlichter Pflegestandard, Wien. Stand vom 16.03.2016

Seitz, A., Kurz, A. (2015): Medizinische Fachwörter von A-Z. Kleines Lexikon für Pflege- und Gesundheitsberufe. 2. Aufl. Urban & Fischer, München.

Schwarz, B., (2011): Patientenedukation kompakt. Theorie und Praxis der familienorientierten Information, Beratung und Anleitung in der Kinder- und Jugendlichenpflege. Austrian Standards plus GmbH (AS+), Wien.

Smoliner, A. (2014): Die Umsetzung des Konzeptes Patienten-und Angehörigenedukation im Rudolfinerhaus. In: Plessl-Schorn (Hrsg.): Patienten-und Angehörigenedukation. Aufgaben für Ausbildung und Praxis. Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien, S.67-80.

Statistik Austria (2015):

http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/6/8/CH1066/CMS1448449619038/gesundheitsbefragung_2014.pdf .Stand vom 15.04.2016.

Warmbrunn, A., (Hrsg.) (2007): Unterstützung, Beratung und Anleitung in gesundheits- und pflegerelevanten Fragen fachkundig gewährleisten. Themenbereich 3: Analyse und Vorschläge für den Unterricht. Urban-Fischer Verlag, München.

WHO. (2015). Health literacy and health behaviour.

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>. Stand vom 15.04.2016.

Zeiler, K. (2001): Gefäßerkrankungen des Gehirns und des Rückenmarks. Ischämisch bedingte Durchblutungsstörungen de Gehirns. In: Zeiler, K., Auff, E., Deecke, L.(Hrsg.): Klinische Neurologie 2. Die wichtigsten neurologischen Erkrankungen für Human- und Zahnmediziner. Facultas, Wien, S.141-181.

Zhao J, Zhou M, Guo J, Zhang J, Yang Y, Yu F, He L. (2014): Differences in the knowledge and compliance with secondary prevention of stroke between transient ischaemic attack patients with and without subsequent stroke. Journal of Clinical Nursing. Vol.23, Nr.19-20, p.2939-2948. doi:10.1111/jocn.12530

Instrumente zur Einschätzung der Studien (Beurteilung nach Behrens & Langer, 2010):

Verfügbar unter: Systematische Übersichtsarbeit: http://www.medizin.uni-halle.de/fileadmin/Bereichsordner/Institute/GesundheitsPflegewissenschaften/Hallesche_Beitr%C3%A4ge_und_EBN/Metaanalyse.pdf. Stand am 15.03.2016.

Qualitative Studien: http://www.medizin.uni-halle.de/fileadmin/Bereichsordner/Institute/GesundheitsPflegewissenschaften/Hallesche_Beitr%C3%A4ge_und_EBN/QualitativeStudie.pdf. Stand am 15.03.2016.

Quantitative Studien: http://www.medizin.uni-halle.de/fileadmin/Bereichsordner/Institute/GesundheitsPflegewissenschaften/Hallesche_Beitr%C3%A4ge_und_EBN/Interventionsstudie.pdf. Stand am 15.03.2016.

7. Anhang

7.1. Suchprotokoll

Suchbegriffe MeSH Terms	Einschränkungen	Treffer	relevante Treffer
Cinahl			
Patient Education AND method* AND Nursing AND Stroke	2006-2016, Abstract, English, All Adults,	12	2
Patient Education AND educat* AND Nursing AND Stroke	2006-2016, Abstract, English, All Adults,	38	8
Patient education AND nurs* AND Stroke	2006-2016, Abstract, English	119	37
Patient education AND information needs AND Stroke	2006-2016, Abstract, English	16	8
Pubmed			
Patient education AND nurs* AND Stroke	10 years, Abstract, Full text, human	113	46
Patient education AND nurs* AND patient needs AND Stroke	10 years, Abstract, Full text, human	24	18
Patient education AND nurs* AND information needs AND Stroke	10 years, Abstract, Full text, human	8	7
Patient education AND information needs AND Stroke	10 years, Abstract, Full text, human	18	5
Cochrane Library			
Patient education AND nurs* AND Stroke	Abstract	29	3
Gesamt		376	134

7.2. Einschätzungsinstrumente

Kritische Beurteilung einer Systematischen Übersichtsarbeit

Quelle:

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

- | | |
|---|--|
| 1. Wurde eine präzise Fragestellung untersucht? | <i>Klar formuliert? Genug eingegrenzt? Bereich im Titel genannt?</i> |
| 2. Waren die Einschlusskriterien für die Auswahl der Studien angemessen? | <i>Welche Kriterien? Welche Studiendesigns?</i> |
| 3. Ist es unwahrscheinlich, dass relevante Studien übersehen wurden? | <i>Welche Datenbanken wurden genutzt? Handsuche? Befragung von Experten? Welcher Zeitraum?</i> |
| 4. Wurde die Glaubwürdigkeit der verwendeten Studien mit geeigneten Kriterien eingeschätzt? | <i>Welche Kriterien: Randomisierung, Verblindung, Follow-up?</i> |
| 5. Ist die Beurteilung der verwendeten Studien nachvollziehbar? | <i>Quellen angegeben?</i> |
| 6. Stimmten die Forscher bei der Bewertung der Studien überein? | <i>Mehrere Personen? Grad der Übereinstimmung?</i> |
| 7. Waren die Studien ähnlich? | <i>Patienten, Intervention, Ergebnismaß, Studiendesign? Heterogenitätstest?</i> |

Aussagekraft

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 8. Was sind die Ergebnisse? | <i>Odds ratio? Relatives Risiko? Mittelwert-Differenz?</i> |
| 9. Wie präzise sind die Ergebnisse? | <i>Konfidenzintervall? Studien gewichtet?</i> |

Anwendbarkeit

- | | |
|---|---|
| 10. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar? | <i>Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?</i> |
| 11. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet? | <i>Nebenwirkungen? Compliance?</i> |
| 12. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert? | <i>Kostenanalyse? Number-Needed-To-Treat?</i> |

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle:

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert? Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?

2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt? z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie

3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt? Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?

4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet? Wie erfolgte die Auswahl?

5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben? Auch die Perspektive des Forschers?

6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben? Methode der Datensammlung?

7. Wie erfolgte die Analyse der Daten? Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik

8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung? Wenn nein: warum nicht?

Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar? Prozess von der Datensammlung bis zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?

10. Wurden die Ergebnisse bestätigt? Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?

Anwendbarkeit

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?

12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

Kritische Beurteilung einer Interventionsstudie

Quelle:

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt? Rekrutierung? Randomisierung? Zuteilung?

2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei? Wurden die Ausfallraten begründet, z. B. Umgang, Tod, Verletzung des Protokolls? Follow-up > 80%?

3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet? Wenn nein: wäre eine Verblindung möglich und ethisch vertretbar gewesen?

4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich? Geschlecht, Alter, Krankheitsstadium, Bildung, Beruf?

5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt? Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben?

6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet? Wechselt kein Teilnehmer die Gruppe? Intention-to-Treat-Analyse?

7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können? Fallzahlberechnung? Signifikante Effekte?

8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?

Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt? z.B. RR, RRR, ARR, NNT? Median, Mittelwert?

10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen? p-Wert?

11. Wie präzise sind die Ergebnisse? Konfidenzintervalle?

Anwendbarkeit

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar? Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?

13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet? Nebenwirkungen? Compliance?

14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert? Kostenanalyse?

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

7.3. Eidesstaatliche Erklärung

FORMULAR



Eidesstaatliche Erklärung Bachelorarbeit 2

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich, Christine Fraundorfer, dass die vorliegende Bachelorarbeit 2 mit dem Titel

Informationsbedürfnisse bei Schlaganfall

Der Beitrag von PatientInnenbildung, um betroffenen Menschen und ihren Bedürfnissen zu begegnen. Eine Literaturarbeit

ausschließlich von mir selbst verfasst wurde und ich diese Arbeit zuvor an keiner anderen Bildungseinrichtung zum Zwecke der Erlangung eines akademischen Grades vorgelegt habe.

Insbesondere wurden Beiträge anderer Personen entsprechend kenntlich gemacht sowie die in dieser Arbeit verwendeten Daten entsprechend der dargestellten Verfahren gewonnen und richtig wiedergegeben.

Christine Fraundorfer

Name der/des Studentin/Studenten
Studentin/Studenten

Unterschrift der/des

Ort, Datum

7.4. Einverständniserklärung zur Veröffentlichung

FORMULAR



Einverständniserklärung Veröffentlichung Bachelorarbeit 2

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

1. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Fachhochschule Wiener Neustadt und der Campus Rudolfinerhaus die elektronische Version meiner Bachelorarbeit archivieren.
2. Ich bin damit einverstanden, dass meine Bachelorarbeit 2, die ich im Rahmen des Bachelorstudienganges Gesundheits- und Krankenpflege verfasst habe, dem Campus Rudolfinerhaus unentgeltlich zur Veröffentlichung auf der Homepage zur Verfügung zu stellen.
3. Die elektronische Form der Bachelorarbeiten, die einer Sperrung unterliegen, ist ausschließlich nur von der StudiengangsleiterIn sowie von der Betreuerin/ dem Betreuer der Arbeit innerhalb der Sperrfrist einsehbar. Die angeführten Personen unterliegen einer strikten Geheimhaltungsverpflichtung.
4. Ich bestätige hiermit, dass die Bachelorarbeit von der Begutachterin/vom Begutachter approbiert ist. Die abgelieferte elektronische Fassung stimmt in Form und Inhalt vollständig mit der benoteten und approbierten Fassung überein.
5. Ich versichere, dass sämtliche urheber- und lizenzrechtlichen Fragen im Zusammenhang mit der elektronischen Form der Bachelorarbeit vorab von mir geklärt worden sind. Mit der elektronischen Form meiner Bachelorarbeit werden keine Rechte Dritter verletzt. Die Fachhochschule Wiener Neustadt wird den Zugang zur elektronischen Version der Bachelorarbeit auf ihre Angehörigen bzw. Referentinnen/Referenten, die die Arbeit betreut bzw. begutachtet haben, sowie die jeweiligen StudiengangsleiterInnen beschränken.
6. Ich wurde davon in Kenntnis gesetzt und erkläre mich damit einverstanden, dass die Fachhochschule Wiener Neustadt und der Campus Rudolfinerhaus keine Haftung für aus technischen Gründen auftretende Fehler irgendwelcher Art übernehmen. Des Weiteren werden von der Fachhochschule Wiener Neustadt und dem Campus Rudolfinerhaus keinerlei Haftung dafür übernommen, wenn die Bachelorarbeit oder Teile davon von dritter Seite unrechtmäßig herunter geladen und verbreitet, verändert oder an anderer Stelle ohne Einwilligung aufgelegt werden.

Unterschrift

Fraundorfer, Christine

Ort, Datum