

Patienten- und Mitarbeiterschulung in fachpflegerisch-onkologischen Interventionen

gefördert durch die Robert Bosch Stiftung im Rahmen des Programms
„Gemeinsame Projekte von Hochschule und Praxis“

Zeitraum: 01.05.2003 – 30.04.2005

Praxispartner: Pflegedienst Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, Anette Thoke-Colberg, Pflegedirektorin

Pflegedienst Universitätsklinikum Halle,
Dipl. Krschw. Ingrid Horn, Pflegedirektorin

Theoriepartner: Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft,
Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität
Halle Wittenberg, Halle, Prof. Dr. Margarete Landenberger

Projektverantwortliche und Berichterstattung:

Prof. Dr. Margarete Landenberger
Ingrid Horn, Pflegedirektorin
Anette Thoke-Colberg, Pflegedirektorin
Jörg Stukenkemper
Ute Berndt
Helle Dokken
Jana Höhne
Astrid Knerr
Gordan Lasic
Alexander Pröbstl
Mario Stibale
Alexandra Zirkler

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung / Problemstellung	3
2. Abstract mit vier Schlüsselbegriffen	3
3. Ziele / Absichten	4
3.1 Schulungsziele für die Pflegenden	4
3.2 Schulungsziele der Patienten mit ANE- Syndrom	4
4. Forschungsmethoden und Instrumente	5
4.1 Methode	5
4.2 Instrumente	5
4.3 Auswertung	5
5. Durchführung des Projektes	6
5.1 Studienteilnehmer / Patienten	6
5.2 Studienteilnehmer / Pflegende	6
5.3 Studienteilnehmer / lehrende Personen	7
5.4 Die Schulung der Pflegenden - Durchführung und Didaktik	7
5.5 Inhalte der pflegerischen Intervention	8
5.5.1 Informationsbroschüre	7
5.5.2 Beratungs-/Informationsgespräch	7
5.6 Evaluierung der Mitarbeiterschulung	8
6. Ergebnisse	10
7. Diskussion	18
8. Empfehlungen für andere Pflegeinstitutionen	20
9. Interprofessionelle Zusammenarbeit der Kooperationspartner	20
10. Publikationen und Vorträge des Teams	21
11. Literaturverzeichnis	22
12. Kontaktadresse(n) mit E-Mail /Homepage	23

1. Einführung / Problemstellung

Im Zentrum der vorliegenden Studie stehen zwei die Lebensqualität von Chemotherapie (CT)-Patienten besonders einschränkende Pflegeprobleme Übelkeit / Erbrechen / Appetitmangel sowie ein darauf bezogenes Wissensdefizit. Gefragt wird, ob es Pflegenden durch eine strukturierte Intervention „Informationsbroschüre und Beratungsgespräch“ gelingt, hierfür eine messbare Verbesserung zu erzielen.

2. Abstrakt mit Schlüsselbegriffen

Die **strukturierte pflegerische Informations- und Beratungsintervention** wurde von Wissenschaftlern und Praktikern (Pflegenden, Physiotherapeuten, Psychologen und Diätassistenten) gemeinsam entwickelt und modellhaft in zwei Universitätskliniken mit Patienten umgesetzt und evaluiert. Dazu wurden die insgesamt 49 **onkologischen Patienten** der Untersuchungsgruppe ergänzend zur ärztlichen Aufklärung durch die Pflegenden der Station über mögliche Therapienebenwirkungen und die damit einhergehenden pflegerischen und multiprofessionellen Unterstützungsmöglichkeiten informiert und individuell beraten. Erwartetes Ergebnis war, dass die Patienten zusätzlich zu einem **Zuwachs an krankheitsbezogenem Wissen** auch eine verbesserte **Selbstpflegekompetenz** und schließlich eine erhöhte Alltagsautonomie und Steigerung der Lebensqualität gewinnen sollten. Dazu war es notwendig, vor der Praxisumsetzung der Studienintervention die Pflegenden zu schulen, um ihnen Kompetenzen zur Patienteninformation, -beratung und -anleitung zu vermitteln. Im Rahmen der Mitarbeiterschulung lernten die Pflegenden, die speziell erstellte Informationsbroschüre dem Patienten individuell zu erläutern und ihm im persönlichen Beratungsgespräch weitere Hintergrundinformationen zu den Themen Kommunikation, Antiemese, Ernährung, und Entspannung zu vermitteln. Die Pflegenden erwarben in der Schulung, ergänzend zu den bereits vorhandenen Erfahrungen, jene kommunikativen Kompetenzen, die zur fachgerechten individualisierenden Beratung von Patienten erforderlich sind.

Das wichtigste Ergebnis der Studie ist, dass Information und Beratung des Patienten durch Pflegende wirksam ist. Eine strukturierte und speziell geschulte Intervention, bestehend aus einer auf die Zielgruppe hin spezifizierte Informationsbroschüre, verbunden mit einem individuellem Beratungsgespräch führt nachweislich zu einer Verbesserung von Übelkeit, Erbrechen und Appetitmangel bei den untersuchten Chemotherapie-Patienten.

Die Wirksamkeit zeigt sich daran, dass die Patienten nach der strukturierten Intervention, also nach der Information und Beratung durch die Pflegenden mehr und wirksamere Selbstpflegehandlungen umsetzen und so ihre Beschwerden verringern konnten.

3. Ziele / Absichten

Ziel dieser Intervention ist es, den Patienten über die Chemotherapie und deren mögliche Nebenwirkungen zu informieren und ihn über pharmakologische Therapie (Antiemese) und nicht-pharmakologische pflegerische und interdisziplinäre Therapiemöglichkeiten (Ernährung und Entspannung) zu beraten. Die Beratung soll ihn befähigen, die Therapie aktiv zu unterstützen (Compliance) und geeignete Selbstpflege-Maßnahmen zu ergreifen. Die Intervention besteht aus zwei Teilen, einer Informationsbroschüre und einem strukturierten Beratungsgespräch. Diese Kombination wurde gewählt, weil Studien zufolge Information/Beratung sowohl in schriftlicher Form (höhere Behaltensleistung; Devine, Westlake 1995:1369ff) als auch in mündlicher Form (Individualisierungsmöglichkeit) den unterschiedlichen Bedürfnissen der Patienten besonders gerecht wird (Harris 1998:39ff).

3.1 Schulungsziele für die Pflegenden

Zur Entwicklung der pflegerischen Handlungskompetenz zur Reduzierung des ANE-Syndroms (Anorexia, Nausea, Emesis; Appetitmangel/Gewichtsverlust, Übelkeit, Erbrechen) bei Patienten mit Chemotherapie wurden folgende Schulungsziele für die Pflegenden festgelegt:

- Entwicklung von Problembewusstsein und Sensibilität hinsichtlich pflegerischer Handlungsmöglichkeiten und –notwendigkeiten im Umgang mit Patienten mit ANE – Syndrom
- Vermittlung von theoretischen Grundlagen zur Begründung pflegerischen Handelns
- Entwicklung von Wissensvoraussetzungen und Handlungskompetenzen in der Pflege von Chemotherapiepatienten mit ANE –Syndrom
- Entwicklung spezifischer Handlungskompetenz zur Reduzierung des Kommunikations- und Wissensdefizits bei Patienten mit Chemotherapie
- Erlernen der strukturierten Studienintervention pflegerische Information / Beratung von Chemotherapie-Patienten mit ANE-Syndrom

3.2 Schulungsziele der Patienten mit ANE- Syndrom

- Verminderung des Wissensdefizits zum Thema Nebenwirkungen der Chemotherapie
- Vermittlung von Kenntnissen zur Symptomreduktion und zur Selbstpflegeförderung
- Verbesserung der Selbstpflegekompetenz und der Lebensqualität

4. Forschungsmethoden und Instrumente

4.1 Methode

Es handelt sich um eine prospektive Interventionsstudie ohne eigentliche Kontrollgruppe. Ersatzweise wird eine historische Kontrollgruppe als Quasi-prae-interventionem-Messung verwendet. Diese Daten stammen aus einer im Vorfeld an beiden Kliniken durchgeführten schriftlichen Patientenbefragung zu Wissensbedarf (Dokken/Stukenkemper/Huber/Thoke-Colberg 2005). Die Daten der post-interventionem Messung werden bei jeweils 25 Patienten je Zentrum erhoben. Die Stichprobenziehung erfolgt durch gezieltes Ansprechen von geeigneten Patienten in der Reihenfolge der Aufnahme auf Station durch das Pflegepersonal. Es handelt sich demnach um ein Convenience-Sample.

4.2 Instrumente

Folgende Untersuchungsschritte und Erhebungsinstrumente werden verwendet:

1. Messung prae interventionem
 - vorliegende Befragung von CT-Patienten mittels Fragebogen „Wissensbedarf“ (Dokken et al. 2005) bei je ca.100 Patienten der beteiligten Projektpartner

2. Messung post interventionem
 - Wissensbedarf – Fragebogen (Dokken et al. 2005) und
 - Selbstpflege-Fragebogen (Tanghe et al. 2002: 263 ff) werden am Tag der Entlassung, spätestens am 14. Tag nach der Intervention vom Patienten ausgefüllt. Dort lassen sich 31 Nebenwirkungen und insgesamt 188 Selbstpflegehandlungen erfassen.

Soziodemographische Daten und Angabe zur Therapie wurde schriftlich im Bogen „Angaben zum Patienten“ fixiert. Die Daten werden exploriert und aus den Akten entnommen.

4.3 Auswertung

Die Auswertung erfolgt auf deskriptiver und varianzanalytischer Ebene. Für den Gruppenvergleich zwischen (historischer) Kontrollgruppe und Interventionsgruppe wird der t-Test für unabhängige Stichproben mit zweiseitigem Ablehnungsbereich verwendet. Das Signifikanzniveau ist auf 0,05 festgelegt.

5. Durchführung des Projekts

Es handelt sich um eine Interventionsstudie mit dem Ziel der Verminderung des Wissensdefizits, der Selbstpflegeförderung von Patienten und der Qualifikationssteigerung von Pflegetätigkeiten mittels Entwicklung und Umsetzung eines Programms zur Patienten- und Mitarbeiterschulung. Die Schulungsinhalte und deren didaktische Umsetzung wurden gemeinsam durch die beiden Forschungsteams am Klinikum rechts der Isar, Technische Universität in München und dem Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft / Universitätsklinik Halle konzipiert. Es nahmen je 2 Stationen mit onkologischem Schwerpunkt pro Zentrum an der Intervention teil.

5.1 Studienteilnehmer/Patienten

Es wurde je Zentrum eine zu akquirierende Patientenzahl von 25 festgelegt. Die Bildung der Interventionsgruppe erfolgte durch folgende *Ein- und Ausschlusskriterien*:

a) Einschlusskriterien

- Alter über 18 Jahre
- Patient mit häm.-onkolog. Grunderkrankung und Chemotherapie (alle Emetogenitätsgrade) zu Zyklusbeginn (unabhängig von Ersttherapie oder Wiederholung und unabhängig von Dauer des Zyklus)
- Stationäre und ambulante Patienten (Tagesklinik)
- Allgemeinzustand 0-2 ECOG
- Patient versteht Deutsch in Wort und Schrift
- Patient ohne kognitive Einschränkungen (z.B.aufgrund von ZNS-Metastasen)
- Patientenzustimmung

b) Ausschlusskriterien

- Ausschluss durch den Arzt wegen Medikation, Allgemeinzustand 3 und schlechter ECOG
- Ausschluss durch Arzt wegen kognitiver und/oder emotionaler Einschränkungen
- Klinik 1: Ausschluss Patienten mit ZNS-Metastasen
Klinik 2: Kein Ausschluss von Patienten mit ZNS-Metastasen

5.2 Studienteilnehmer/Pflegende

Ziel war es, alle Pflegenden der teilnehmenden Stationen zu schulen, welche die Beratungsgespräche später durchführten. Am Universitätsklinikum Halle nahmen 8 Pflegende an der Schulung teil. Am Klinikum rechts der Isar nahmen insgesamt 7 Pflegende der beiden Stationen teil.

5.3 Studienteilnehmer/lehrende Personen

Der Wissenstransfer erfolgte mittels benannter didaktischer Methoden durch wissenschaftlich qualifizierte Lehrende mit entsprechender Praxis- und Schulungserfahrung (vgl. unten). Es wurde während der Schulung in beiden Zentren darauf geachtet, dass die lehrenden Personen innerhalb des Schulungszeitraums nicht wechselten. Das Schulungsteam setzte sich aus Vertretern folgender Berufsgruppen zusammen: Fachkrankenpflegekräfte Onkologie, Diplom Pflegepädagogen, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler, Diplom Psychologen und Ärzte.

5.4 Die Schulung der Pflegenden - Durchführung und Didaktik

Es wurde festgelegt, dass die zu qualifizierenden Mitarbeiter der Interventionsstationen beider Zentren eine Schulung über insgesamt zwei Tage mit je vier Stunden erfahren sollten. Der erste Schulungstag enthielt Informationen zur Studie und zu den Themen:

- Inhalte der Informationsbroschüre
- Hintergrundinformation Antiemese
- Hintergrundinformation Ernährung
- Hintergrundinformation Entspannung

Am zweiten Schulungstag standen folgende Themen im Mittelpunkt:

- Grundlagen der Kommunikation (Watzlawik 1996; Schulz v. Thun 1998)
- Demonstration eines exemplarischen Beratungsgesprächs in Schriftform und in vivo.
- Übungen in Form von Rollenspielen und Gruppenarbeit
- Auswertung und Nachbesprechung der Übungen

Dazu wurde ein offenes und persönlichkeitsorientiertes Curriculum verwendet, in dem der Lernende entsprechend seiner individuellen Voraussetzungen Entwicklungsimpulse erhält. Der methodisch-didaktische Bezugsrahmen orientiert sich an dem Modell der kritisch-konstruktiven Didaktik von Klafki (1996) unter Einbeziehung von Ansätzen des handlungsorientierten Lehrens und Lernens, sowie an den pflegedidaktischen Ansätzen von Wittneben (1998). Die Curriculumentwicklung zur Schulung von Pflegenden stützt sich nicht auf ein einziges Theoriemodell, sondern kombiniert unterschiedliche Ansätze, um zum einen den modernen pädagogischen Ansätzen und zum anderen den besonderen praktischen Erfordernissen (knappe Schulungszeit u.a.) gerecht zu werden. So wurde neben der rationellen Form des Frontalunterrichts auch das Unterrichtsgespräch, die Gruppenarbeit und das Rollenspiel als Unterrichtsmethode genutzt. Wichtig ist hierbei, dass Lehr- und Lernziele nachvollziehbar und realisierbar sind. Dem Schulungsteilnehmer muss es zudem möglich sein, erworbene Sachverhalte auf medizinischem, pflegerischem und wissenschaftlichem Gebiet in bereits vorhandene persönliche Wissensbestände einzuordnen.

5.5 Inhalte und Durchführung der pflegerischen Intervention

5.5.1 Informationsbroschüre

Die Informationsbroschüre ist in einer für Patienten ansprechenden Form gestaltet und bietet in verständlicher Sprache Information zu Chemotherapie, deren Wirkung und möglichen Nebenwirkungen. Der Hauptteil der Broschüre besteht aus Information über

- Möglichkeiten zur Selbstpflege und Anleitung bei wirksamen, einfachen Selbstpflegehandlungen durch die Pflege als eigenverantwortliche Aufgabe (gemäß KrPfG §3 Abs.2),
- Möglichkeiten der pharmakologischen Therapie (Antiemese) und der pflegerischen Unterstützung des ärztlichen Handelns,
- nicht-pharmakologische Therapiemöglichkeiten durch Entspannungstraining und Möglichkeiten der speziellen Ernährung bei Anorexia, insbesondere bei Gewichtsverlust zur Unterstützung durch gezielte Kostform, um Gewichtsverlust vorzubeugen.

5.5.2 Beratungsgespräch

Das Beratungsgespräch vermittelt strukturierte Information in Form eines Dialoges und bietet jederzeit die Möglichkeit des Reaktivierens von Wissen und der Ergänzung von weiteren persönlich bedeutsamen Informationen. Für das Beratungsgespräch erhalten die Pflegenden als Strukturierungshilfe einen Gesprächsleitfaden zur Orientierung. Zudem werden im Verlauf der Schulung geeignete kommunikative Techniken vermittelt, um einen positiven Kontakt zum Patienten herzustellen, Interesse an der Beratung zu entwickeln, an bereits vorhandenes Wissen des Patienten anzuknüpfen und das Mitdenken und Nachfragen des Patienten anzuregen.

Die Pflegenden prüften zunächst, ob die jeweiligen Patienten den Ein- und Ausschlusskriterien entsprachen. Das geschah am Tag vor der Chemotherapie. Dann wurde der Patient über die Studienintervention und den Umgang mit den Untersuchungsdaten informiert. Lag das Einverständnis des Patienten vor, wurde dem Patienten eine „Einverständniserklärung“ zur Unterschrift vorgelegt. Des Weiteren wurde das Formblatt „Angaben zum Patienten“ durch die Pflegenden ausgefüllt. Dies erfolgte im Informationsgespräch mit dem Patienten und durch das Aktenstudium (Patientendokumentation). Im Anschluss führte die Pflegenden das Informations- und Beratungsgespräch. Am dritten Tag der Chemotherapie erfolgte dann die Folgeberatung.

5.6 Evaluierung der Mitarbeiterschulung

Hierzu wurde sowohl das Schulungsteam als auch die Pflegenden mit einem Fragebogen befragt. Folgende Erkenntnisse des Teams Halle und des Teams München sollen in der nachfolgenden BMBF-geförderten Studie P4 Berücksichtigung finden:

- Beratungsbroschüre sollte inhaltlich ergänzt werden. Die Verfasser der einzelnen Module unterstützen das Team durch Zuarbeit insbesondere der präventiven Anteile des jeweiligen Moduls.
- Schulungsprogramm soll mindestens 14 Tage vor Schulungsstart komplett vorliegen, incl. aller Folien.
- Schulung sollte zeitlich stärker verteilt und weniger massiert erfolgen.
- Didaktik und Methodik sollte der Zielgruppe, den zeitlichen Möglichkeiten und den zu schulenden Inhalten besser angepasst sein.
- Es sollte ein an den Erwachsenenbereich adaptierte Lernerfolgskontrolle erfolgen.

Die Teilnehmer der Schulung hatten nach Abschluss der Studie die Möglichkeit zur Evaluation von Schulung und Studie durch schriftliches Feedback zu acht vorformulierten Fragen.

Die Pflegenden zeigten sich mit der Bildungsmaßnahme zufrieden. Besonders die praktischen Übungen wurden als vorteilhaft erwähnt (Frage 1). Für Führung eines Beratungsgesprächs fühlten sich die meisten Teilnehmerinnen befähigt. Einige der befragten Pflegenden unterstrichen auch den Einfluss von langjähriger Erfahrung im onkologischen Bereich als zusätzliche Kompetenz (Frage 2). Die Motivierung der Patienten erfolgt oft durch die zusätzliche Zeit und Zuwendung während des Beratungsgesprächs (Frage 3). Die Broschüre wurde als geeignet und informativ eingeschätzt. Die Informationsfülle kann gerade für Patienten mit unzureichender Krankheitsverarbeitung als bedrückend erlebt werden (Frage 4). Vor allem die Unterscheidung zwischen stationärer und ambulanter Chemotherapie sollte in der Broschüre stärker heraus gearbeitet werden (Frage 5). Das Ausfüllen des Selbstpflegekompetenz-Fragebogen bei Chemotherapie bereitet manchmal Schwierigkeiten. Durch gezielte Erläuterung war es aber nach Auskunft der befragten Pflegenden allen Patienten möglich, den Fragebogen auszufüllen. Die Anleitung sollte präzisiert werden (Frage 6). Die administrativen Aufgaben während der Studiendurchführung wurden sehr kritisch gesehen. Die Patienten zum Ausfüllen der Fragebögen zu motivieren und diesen umgehend zurückzugeben, bereitete am meisten Schwierigkeiten (Frage 7). Die Pflegenden haben ihre Rolle im Informations- und Beratungsprozess reflektiert und einen Kompetenzzuwachs durch die Schulung erlebt. Für die Patienten wird das Mehrangebot an Information und die Möglichkeit zu gezielten Selbstpflegehandlungen als größter Vorteil gesehen (Frage 8).

6. Ergebnisse

Die wesentlichen deskriptiven Ergebnisse aus der Interventionsphase werden im Folgenden kurz dargestellt. Unter der Überschrift Gruppenvergleich erfolgt die statistische Analyse der Daten der Interventionsgruppe im Vergleich zur historischen Kontrollgruppe.

Stichprobe

An der Untersuchung nahmen 49 Patienten im Alter von 24 bis 78 (Mittelwert $M= 57,6$; Standardabweichung $SD= 11,3$) teil, 34 Männer ($M= 58,9$; $SD=10,4$) und 15 Frauen ($M=54,7$; $SD=12,9$). Tabelle 1 zeigt eine Zusammenfassung der erhobenen soziodemographischen Daten.

	n	%
Geschlecht (49)		
Frauen	15	30,6
Männer	34	69,4
Familienstand (49)		
allein stehend	5	10,2
verheiratet	32	65,3
Lebenspartner geschieden/getrennt	5	10,2
	7	14,3
Personen im Haushalt (46)		
Einzelhaushalt	11	23,9
zwei oder mehr	35	76,1
Schulbindung (49)		
ohne Abschluss	1	2,0
Hauptschule	25	51,0
mittlere Reife	13	26,5
Abitur	3	6,1
Hochschulabschluss	7	14,3

Tabelle 1: Soziodemographische Daten (n)

Die Patienten wurden von folgenden Stationen der beteiligten Zentren betreut (Tabelle 2).

Zentrum	Station	n	Prozent
Klinik 1	Station 1	14	28,6
Klinik 1	Station 2	11	22,4
Klinik 2	Station A	10	20,4
Klinik 2	Station B	14	28,6
	Gesamt	49	100,0

Tabelle 2: Beteiligte Stationen

Der Rekrutierungszeitraum erstreckte sich von Dezember 2004 bis April 2005. In diesem Zeitraum wurden insgesamt 66 Patienten auf die Studie angesprochen, davon konnten 49

Patienten aufgenommen werden. 13 Patienten wurden nicht in die Studie aufgenommen, da sie den Ein- und Ausschlusskriterien nicht genügten. 4 Patienten lehnten eine Teilnahme an der Studie ab oder widerriefen ihr Einverständnis zu einem späteren Zeitpunkt.

Nebenwirkungen

Im Rahmen der aktuellen Chemotherapie sind bei 83,0% der befragten Patienten Nebenwirkungen aufgetreten. Tabelle 3 zeigt die zehn häufigsten Nebenwirkungen (Mehrfachnennung sind möglich).

Rang	Nebenwirkung			Prozent
1	Haarausfall			67,3%
2	Müdigkeit			60,2%
3	Schlafstörungen			50,0%
4	trockener Mund	Infektionen und Infektionsgefahr		48,0%
5	verminderter Appetit	Gewichtabnahme		46,9%
6	Unruhe			43,9%
7	Verstopfung			41,8%
8	Übelkeit/Würgen	Stimmungsveränderung	Schmerzen	40,8%
9	Geschmackstörung			39,8%
10	Hautveränderungen	Konzentrationsstörungen		37,8%

Tabelle 3: Häufige Nebenwirkungen (n=49, Mehrfachnennung)

Haarausfall, Müdigkeit und Schlafstörung sind mit über 50% der Nennung die meist genannten. Die Ränge 4-10 stellen für mehr als ein Drittel der befragten Patienten eine Beeinträchtigung dar.

Von besonderem Interesse ist der zeitliche Verlauf des sog. ANE-Syndroms aus den Nebenwirkungen Appetitmangel (Rang 5), Übelkeit (Rang 8) und Erbrechen (Rang 14). Es ist ein Anstieg der Ausprägung dieses Syndroms in den Tagen 2 bis 4 nach Beginn der Chemotherapie im Vergleich zu den ersten 24 Stunden zu verzeichnen (Tabelle 4).

Stufe	ANE in 24h	ANE 2d-4d
gar nicht	64,6%	60,4%
kaum	18,8%	16,7%
mittelmäßig	8,3%	16,7%
ziemlich	8,3%	6,3%
außerordentlich	0,0%	0,0%
Mittel	1,60	1,69

Tabelle 4: Zeitlicher Verlauf von ANE (n=48)

16,6% der Patienten berichten von ANE in den Ausprägungen „mittelmäßig“, „ziemlich“ und „außerordentlich“ am Tag 1 (24h) nach der Chemotherapie. Der Anteil steigt an den Tagen 2 bis 4 auf ca. 1/4 der Gesamtstichprobe (23%). Gewichtet nach Stufen 1-5 ergibt sich ein Mittel von 1,60 für die ersten 24 Stunden. Die Stärke des ANE-Syndroms nimmt an den Tagen 2 bis 4 zu, auf ein Mittel von 1,69.

Wissensstand und Informationsbedarf

Das vorhandene Wissen eines Patienten wird über eine Reihe von Einzelitems zu unterschiedlichen Schwerpunkten erfasst.

- Wunsch nach Information zu Chemotherapie und Nebenwirkungen (W1)
- Bewertung des vorhandenen, eigenen Wissens (W2)
- Ausreichende Information zur Bewältigung von Nebenwirkungen (W3)
- Bereitschaft nachzufragen bei fehlender Information (W4)
- Maß an erhaltener Information bezogen auf einzelne Berufsgruppen (W5)
- Güte der erhaltenen Information (W6)

Die folgenden Tabellen zeigen die Häufigkeitsverteilung ausgewählter Einzelitems. 83,3% der befragten Patienten äußern einen ausgeprägten Wunsch nach Information (Tabelle 5). Knapp 2/3 der Stichprobe entfallen auf die Kategorie „außerordentlicher Wunsch nach Wissen“. Zusammengefasst für die Kategorien „mittelmäßig“, „ziemlich“ und „außerordentlich“ lässt sich bei gut 95% der Patienten ein gesteigerter Informationsbedarf feststellen.

Stufe	Prozent
gar nicht	0,0
kaum	4,2
mittelmäßig	12,5
ziemlich	20,8
außerordentlich	62,5
Gesamt	100,0

Tabelle 5: Wunsch nach Information (n=48)

Stufe	Prozent
sehr gut	12,5
gut	31,3
befriedigend	14,6
ausreichend	31,3
ungenügend	10,4
Gesamt	100,0

Tabelle 6: Einschätzung des eigenen Wissens (n=48)

Ihr vorhandenes Wissen beurteilt knapp die Hälfte als zufrieden stellend („sehr gut“, „gut“ bzw. „befriedigend“). Rund 40% bewerten ihr Wissen nur als „ausreichend“ oder sogar als „ungenügend“ (Tabelle 6).

Durch geeignete Transformation aus 3 Items (W1, W2, W3) des Münchner Fragebogens lässt sich der Wissensbedarf der Patienten durch einen Summenwert abbilden. Für die 49 Patienten ergibt sich ein Mittel von 3,23 (Standardabweichung SD=0,57). Dies entspricht auf

einer fünfstufigen Skala von „kein Bedarf“ bis „außerordentlicher Bedarf“ der Einstufung „mittel“ bis „ziemlich“ und deckt sich mit den oben genannten Einzelbefunden.

Die Berufsgruppe der Pflegekräfte gilt als verlässliche Informationsquelle. 78,3% der befragten Patienten beurteilen die von Pflegenden erhaltenen Information mit „ziemlich“ und „außerordentlich“ nützlich/brauchbar. 66% fühlen sich von Pflegenden „ziemlich“ und „außerordentlich“ mit Information versorgt.

Selbstpflegehandlungen

Die Anzahl der durchgeführten Selbstpflegehandlungen hat eine große Spannweite vom Minimum von 0 bis zum Maximum von 98 Handlungen. Der Mittelwert liegt bei 30,2 (SD= 25,2) pro Patient. Der Median ist mit 21 ausgeführten Handlungen erreicht, das erste und dritte Perzentil werden mit 9,5 bzw. 47 Selbstpflegehandlungen erreicht. Die Verteilung ist zum Minimum verschoben und weist einige Ausreißer am rechten Rand auf (Abbildung 1).

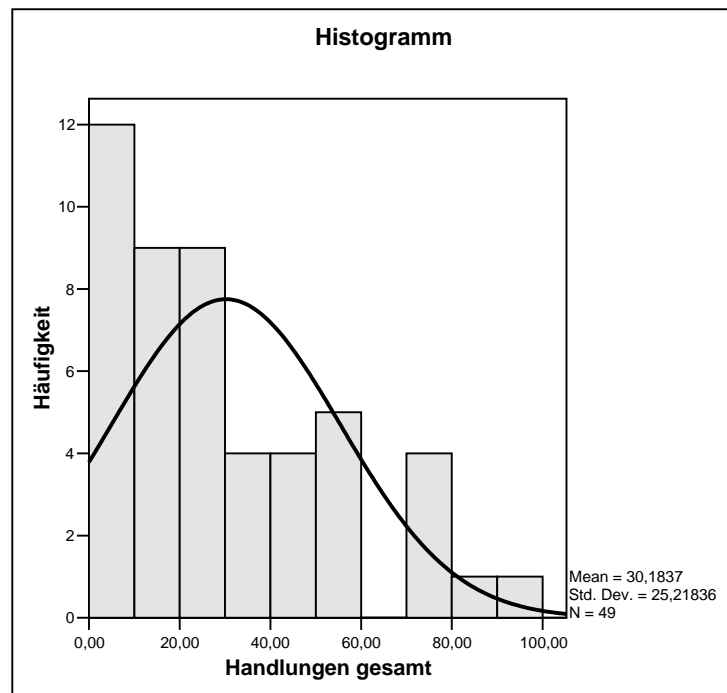


Abbildung 1: Verteilung der Selbstpflegehandlungen

Gut die Hälfte der Patienten kann also aus 20 und mehr Selbstpflegehandlungen wählen, um vorhandenen Nebenwirkungen gezielt entgegen zu wirken. Knapp 1/4 der Stichprobe wendet 50 oder mehr Selbstpflegehandlungen an. Nur 2 Patienten berichten von 80 durchgeführten Maßnahmen. Insgesamt werden in dem Fragebogen 188 Selbstpflegehandlungen zur Auswahl angeboten.

Am häufigsten ausgeführte Selbstpflegehandlungen sind in Tabelle 7 aufgelistet. Der Prozentwert beschreibt den Anteil an Patienten, die bei vorhandener Nebenwirkung (z.B. trockener Mund) die genannte Handlung („viel trinken, auch während der Mahlzeiten“) durchgeführt haben.

Nebenwirkung	Nr.	Handlung	Ja/NW	Prozent
Infektionen und Infektionsgefahr	31.1	Menschenansammlungen und Personen mit einer Infektion (Grippe, Erkältung) meiden	31/32	96,9
Trockener Mund	17.1	viel trinken, auch während der Mahlzeiten	29/31	93,5
Empfindungsstörung	26.2	kurze Spaziergänge machen, um die Muskeln zu trainieren	13/15	86,7
Müdigkeit	01.1	Frische Luft	32/38	84,2
Folgen der Blutarmut	27.3	plötzliche Bewegungen meiden, um Schwindelanfälle vorzubeugen	15/18	83,3
Geruchsveränderungen	22.3	unangenehme Gerüche meiden, z.B. Kochgerüche	17/21	81,0
Temperaturveränderungen	24.1	den Arzt oder Pflegende informieren	17/21	81,0
Gewichtsabnahme	10.3	regelmäßig schmackhafte Imbisse in kleinen Mengen essen	25/31	80,6
Erbrechen	13.2	Mund und Zähne (oder Gebiss) öfter reinigen	14/18	77,8
Durchfall	16.1	Speisen meiden, die Durchfall verschlimmern	14/18	77,8

Tabelle 7: Häufige Selbstpflegehandlungen (Ja/NW: Durchgeführte Handlung bei vorliegender Nebenwirkung)

Die 10 häufigsten Selbstpflegehandlungen werden von mehr als 3/4 der befragten Patienten als Gegenmaßnahme zur entsprechenden Nebenwirkung angewendet. Das Meiden von Menschenansammlungen ist für Patienten mit Infektionsgefahr nahezu selbstverständlich. Mehr als 4/5 versuchen einem drohenden Gewichtsverlust durch schmackhafte, kleinere Mahlzeiten mehrmals am Tag zu begegnen.

Für die Durchführungshäufigkeit einer einzelnen aus 188 möglichen Handlungen ergibt sich eine Spannweite von 0 bis 32 mit einem Mittel von 11,5 Anwendungen pro Handlung in der Gesamtstichprobe.

Folgende durchgeführte Selbstpflegehandlungen haben sich als besonders erfolgreich erwiesen (Tabelle 8). Jede Handlung wird mit der entsprechenden Nebenwirkung, auf die sie einwirken soll, genannt. Die in Spalte „Ja“ genannte Ziffer bezeichnet die Anzahl von Patienten, die die genannte Handlung durchgeführt haben und eine Linderung der betreffenden Nebenwirkung feststellen konnten. Diese wurde durch die Frage - Haben die Beschwerden dank der Handlung nachgelassen? - erfasst. Die Spalte „Wirksamkeit“ entspricht dem Mittelwert auf einer fünfstufigen Skala für das Nachlassen der Beschwerden von „nicht (1)“ bis „ganz (5)“.

Nebenwirkung	Nr.	Handlung	Ja	Wirksamkeit
Infektionen und Infektionsgefahr	31.07	Wunden sofort säubern und desinfizieren	12	4,58
Husten	28.05	Substanzen meiden, die die Atemwege reizen	9	4,56
Neigung zu Blutung	30.05	Zähne vorsichtig mit weicher Bürste oder einem Gazebausch putzen	12	4,50
Schmerzender Mund	18.01	Rauchen und Alkohol meiden	12	4,50
Infektionen und Infektionsgefahr	31.08	Tiere und ihre Ausscheidungen meiden	10	4,50
Schmerzender Mund	18.05	kohlensäurehaltige Getränke meiden	9	4,44
Infektionen und Infektionsgefahr	31.05	bei Symptomen einer Infektion den Arzt oder Pflegende informieren	16	4,44
Haarausfall	08.05	Perücke tragen	5	4,40
Infektionen und Infektionsgefahr	31.01	Menschensammlungen und Personen mit einer Infektion meiden	29	4,38
Temperaturveränderungen	24.01	den Arzt oder Pflegende informieren	16	4,38

Tabelle 8: Wirksame Selbstpflegehandlungen

Die 10 wirksamsten Selbstpflegehandlungen führen also fast zu einem vollständigen Rückgang der entsprechenden Beschwerden. Beispiel: Das Auftreten von Infektionen lässt sich durch sofortiges Reinigen und Desinfizieren von Wunden oder das Meiden von Tieren und deren Ausscheidungen verhindern oder verringern.

Gegen Erbrechen hilft es oft, sich in einem gut gelüfteten Zimmer ohne Gerüche aufzuhalten (Wirksamkeit 4,11). Übelkeit ist besonders gut zu begegnen, indem die Patienten versuchen, ihren Mund frisch zu halten (4,09). Das häufige Reinigen von Mund und Zähne (4,07) hilft neben dem Meiden von Rauchen und Alkohol (4,50) gegen Schmerzen und Brennen im Mundbereich. Abwechslungsreich zu essen führt meistens zu einer Verbesserung des geminderten Appetits (3,93).

Die Wirksamkeit variiert mit einer Spannweite von 0 bis 4,58 und einem Mittel von 3,3 bei durchschnittlich 10,8 bewerteten Selbstpflegehandlungen.

Zu jeder einzelnen Nebenwirkung wird eine Reihe von Selbstpflegehandlungen (mindestens 3 und maximal 12) abgefragt. Abbildung 2 zeigt die Verteilung von Häufigkeit der 11 möglichen Handlungen und deren Wirksamkeit am Beispiel der Nebenwirkung NW 12 „Übelkeit“.

Nr.	Handlung
12.01	Entspannungsübungen, z.B. Atemübungen
12.02	Essen auf Zimmertemperatur erwärmen
12.03	Ablenken: spazieren gehen, lesen, fernsehen
12.04	Kühle, nicht gesüßte Getränke zwischen den Mahlzeiten zu sich nehmen
12.05	Meiden von fetten, scharfen Speisen
12.06	Meiden von störenden, unangenehmen Gerüchen
12.07	Medikamente einnehmen
12.08	Mund frisch halten
12.09	Ausruhen
12.10	Regelmäßig kleine, leichte Mahlzeiten zu sich nehmen
12.11	Essen nach Vorliebe des Patienten

Tabelle 9: mögliche Handlungen bei NW 12 Übelkeit

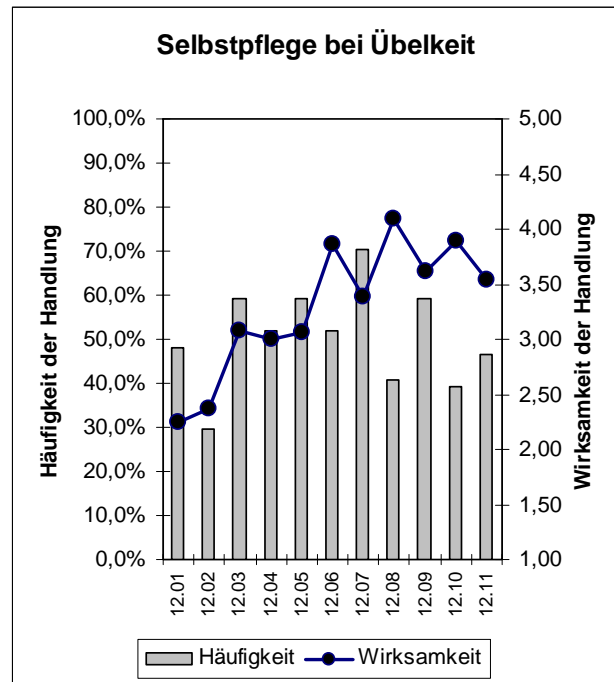


Abbildung 2: Selbstpflege bei Übelkeit (n=49)

Mit 70% wurde die Selbstpflegehandlung „Medikamente einnehmen“ (12.06) am häufigsten durchgeführt. „Essen auf Zimmertemperatur erwärmen“ (12.02) ist nur in 30% der Fällen als Maßnahme gegen die Übelkeit eingesetzt worden. Die wirksamste Handlung gegen Übelkeit scheint „Versuchen, den Mund frisch zu halten“ (12.08) zu sein. Diese wurde jedoch nur von gut 40% der Patienten angewendet.

Die Selbstpflegehandlungen in Tabelle 10 sind öfter durchgeführt worden, haben sich jedoch nicht als besonders wirksam erwiesen.

Nebenwirkung	Nr.	Handlung	n	Wirksamkeit
Stimmungsveränderungen	05.3	Ausweinen	12	2,08
Übelkeit / Würgen	12.1	Entspannungsübungen z.B. Atemübungen	12	2,25
Haarausfall	08.3	das Haar behutsamer pflegen	12	2,25
Trockener Mund	17.4	Kaugummi kauen	11	2,55
Unruhe	03.1	Kontakt zu anderen suchen	13	2,62

Tabelle 10: Weniger wirksame Selbstpflegehandlungen

Einmaliges Ausweinen scheint einen untergeordneten Effekt auf Stimmungsveränderungen zu haben. Auch lässt sich der begonnene Haarausfall durch behutsamere Pflege bestenfalls hinauszögern.

Der letzte Abschnitt des Selbstpflege-Fragebogens erfasst die potentiellen Initiatoren für Selbstpflegehandlungen. Auf 7 Rangplätzen können die Patienten freie Antworten auf die Frage - Wer bracht Sie auf die Idee, diese Selbstpflegehandlungen auszuführen? – notieren. Die Gruppe der „Pflegerinnen“ ist neunmal an erster Stelle und dreimal an zweiter Stelle genannt worden. Im Vergleich stehen „Ärzte“ achtmal auf Platz 1 und zweimal auf Platz 2. Alle anderen Nennungen sind sehr viel seltener (Partner 2x Platz 1 bzw. 1x Platz 2; Freunde 1x Platz 1 bzw. 3x Platz 2). In 4 Fälle bezeichnen die Patienten sich selbst als Ideengeber für weitere Selbstpflegehandlungen.

Gruppenvergleich

Die Vergleichsstichprobe umfasst 194 Patienten im Alter von 18 bis 75 (M= 54,05; SD= 12,10), davon 80 Männer (M= 53,3; SD=12,54) und 114 Frauen (M= 54,56; SD=11,78).

Für das Auftreten des ANE Syndroms im Verlauf eines Chemotherapiezyklus lässt sich durch die Intervention eine Verbesserung erkennen. Der erwartete Anstieg an den Folgetagen fällt bei der Interventionsgruppe schwächer aus als in der Kontrollgruppe (Tabelle 11). Dieser Gruppenunterschied ist signifikant auf dem 5% Niveau.

Phase	n	ANE in 24h	ANE 2d-4d
Kontrolle	194	1,94	2,15
Intervention	49	1,60	1,69*

Tabelle 11: Auftreten von ANE (* p < 0,05)

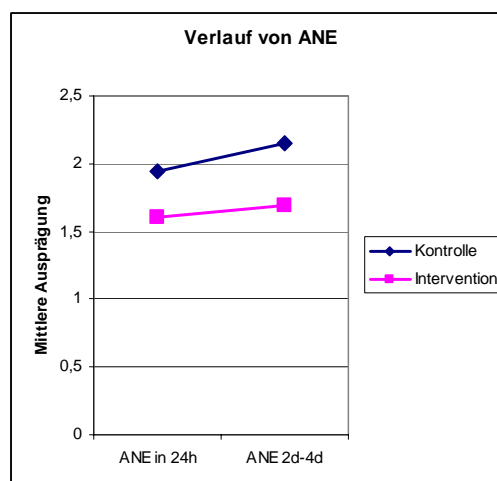


Abbildung 3: Zeitlicher Verlauf

Eine Veränderung des Wissensbedarfs in der Interventionsstichprobe lässt sich nicht eindeutig nachweisen. Die Vergleichsstichprobe von 194 Patienten erreicht im oben beschriebene Summenscore für Wissensbedarf (W1, W2, W3) ein Mittel von 3,15 (SD=0,70).

Phase	n	Wunsch (W1)	Bewertung (W2)	Bewältigung (W3)	Wissensbedarf
Kontrolle	194	4,55 (0,79)	2,66 (1,06)	3,77 (0,87)	3,15 (0,56)
Intervention	49	4,42 (0,87)	2,96 (1,25)	3,65 (1,01)	3,23 (0,70)

Tabelle 12: Wissensbedarf: Mittelwert (Standardabweichung)

Für die Variable „Wunsch nach Information“ (W1) lässt sich ein leichter Rückgang verzeichnen. Die Bewertung des eigenen Wissens (W2) fällt etwas schlechter aus, von beinahe „gut“ zu „befriedigend“. Ebenso die wahrgenommenen Fähigkeit, mit den Nebenwirkungen angemessen umzugehen (W3). Keiner dieser Unterschiede ist signifikant (Tabelle 12). Die Streuung nimmt jedoch in allen genannten Variablen zu.

7. Diskussion

Mitarbeiterschulung

Die Schulung wurde von den an der Studie teilnehmenden Pflegekräften gut angenommen. Innerhalb von zwei Schulungsterminen ließ sich das geplante Programm gut umsetzen und befähigte die Mitarbeiter zur Durchführung der Intervention im Rahmen der Studie. Insgesamt wurde die Informationsbroschüre und das Beratungsgespräch als Bereicherung ihrer beruflichen Handlungskompetenz von Seiten der Pflegenden erlebt.

Nebenwirkungen

Die beobachtete Abnahme von ANE im Zeitraum 2 bis 4 Tage nach Beginn der Chemotherapie nach Intervention deutet auf eine anhaltende Wirkung der Intervention hin. Die während des Beratungsgesprächs vermittelten Inhalte und Fertigkeiten zum Nebenwirkungsmanagement werden von den Patienten gezielt zur Kontrolle von Nebenwirkungen des ANE Syndroms eingesetzt. Die Symptomstärke bleibt über den genannten Zeitraum (Tag 1 bis 4 nach Beginn der Chemotherapie) stabil. Der Unterschied in der Baseline ist im quasi-experimentellen Design noch vernachlässigbar. Eine differenzierte Untersuchung des Einflusses von Patientenschulung auf das ANE Syndrom ist innerhalb der BMBF Studie unter experimentellen Bedingungen mit dem Einsatz einer Kontrollgruppe vorgesehen.

Wissensstand

Eine direkte Reduzierung von Wissensbedarf war durch die Intervention nicht zu beobachten. Für die Variable „Wunsch nach Information“ gibt es einen Trend in die erwartete, abnehmende Richtung. Die ungünstigen Trends bei „Bewertung des eigenen Wissens“ und „Fähigkeit mit den Nebenwirkungen umzugehen“ kann als negative Rückkoppelung interpretiert werden. Patienten erhalten während des Beratungsgesprächs auch einen Eindruck davon, wie viel zusätzliche Information noch verfügbar wäre. Neu erworbenes Wissen ist zum Zeitpunkt der Befragung zwar verfügbar, aber noch nicht in die eigenen Bewertungsmaßstäbe internalisiert. Zusätzlich wird angenommen, dass neue Information auch gesteigerten Wissensbedarf hervorruft.

Der Anstieg der Streuung in den Variablen zu Wissensbedarf legt die Vermutung nahe, dass ein Teil der Patienten stärker von dem Interventionsprogramm profitieren könnten als andere. Die kleine Fallzahl der Interventionsgruppe erschwert eine Identifikation solcher Untergruppen. Hier sollte die geplante BMBF Studie in der Lage sein, weitere Erkenntnisse zur Verfügung zu stellen.

Selbstpflegehandlungen

Die Anzahl von verfügbaren Selbstpflegehandlungen und deren Durchführungswahrscheinlichkeit steht in proportionalen Zusammenhang mit der Lerngeschichte des Patienten und dem bisherigen Behandlungsverlauf (De Meyer 1996). Patienten, die zum wiederholten Mal eine Chemotherapie erhalten, können von Erfahrungen aus den vorangegangenen Zyklen profitieren.

Obwohl 80% der Interventionspatienten noch nie eine Chemotherapie erhalten hatten, liegen Spanne und Mittel der Selbstpflegehandlungen im Vergleich am oberen Rand der in der Literatur genannten Referenzwerte (Tanghe et al. 2002: 286f). Der Median entspricht dem Referenzwert für Zyklus 3 der niederländischen Längsschnittstudie von De Meyer (1996). Dort wurde der Zuwachs an verfügbaren Selbstpflegehandlungen in mehreren, aufeinander abfolgenden Zyklen von Chemotherapie untersucht.

Durch die strukturierte Pflegeintervention (Beratungsgespräch plus Informationsbroschüre) der vorliegenden Untersuchung waren die Patienten in der Lage, in kurzer Zeit (höchstens 14 Tage) schon während des ersten Zyklus eine vergleichbare Anzahl an Selbstpflegehandlungen zu erlernen und diese zu einem erfolgreichen Management der Nebenwirkungen der Chemotherapie einzusetzen.

Ein wichtiger Befund ist, dass häufig durchgeführte Selbstpflegehandlungen nicht immer auch als besonders wirksam erlebt werden. Die Analyse von wirksamen und unwirksamen Selbstpflegehandlungen sollte in eine Weiterentwicklung der Broschüre mit einfließen. Sie dient darüber hinaus als wichtige Orientierungshilfe bei der Individualisierung von Beratung zur Selbstpflege.

Die Pflegenden gelten auch für Selbstpflegehandlungen als verlässliche und umfassende Informationsquelle. Jeder fünfte Patient gibt an, dass viele seiner Selbstpflegehandlungen durch die Pflege initiiert waren. Die Tatsache, dass einige Patienten sich selbst als diejenigen bezeichnen, der sie auf die Idee brachte, bestimmte Selbstpflegehandlungen auszuführen, kann als Zuwachs an Autonomie gewertet werden.

Einschränkungen

Im Rahmen einer Machbarkeitsstudie sollten die strukturierte Intervention, Messinstrumente und Schulungsprogramm auf ihrer Anwendbarkeit und Wirkung untersucht werden. Mit Rücksicht auf die BMBF Studie nahmen in der Interventionsgruppe andere Stationen als an der historischen Kontrollgruppe teil. Die historische Kontrolle ist somit nur eingeschränkt mit der Interventionsgruppe vergleichbar.

Die gewonnenen Ergebnisse rechtfertigen weitere Forschung zu Mitarbeiter- und Patientenschulung zur Förderung von Lebensqualität und Selbstpflege bei Chemotherapie. Für die Weiterentwicklung des Programms innerhalb der BMBF Studie deuten sie in eine erfreuliche Richtung.

8. Empfehlungen für andere Pflegeeinrichtungen

Das wichtigste Ergebnis der Studie ist, dass Information und Beratung des Patienten durch Pflegende wirksam ist. Eine strukturierte und speziell geschulte Intervention, bestehend aus einer auf die Zielgruppe hin spezifizierte Informationsbroschüre, verbunden mit einem individuellem Beratungsgespräch, führt nachweislich zu einer Verbesserung von Übelkeit, Erbrechen und Appetitmangel bei den untersuchten Chemotherapiepatienten.

Die Wirksamkeit zeigt sich daran, dass die Patienten nach der strukturierten Intervention, also nach der Information und Beratung durch die Pflegenden mehr und wirksamere Selbstpflegehandlungen umsetzen und so ihre Beschwerden verringern konnten.

Fachliche pflegerische Informationen und Beratung, deren zentraler Inhalt die Anleitung und Motivierung des Patienten ist, Selbstpflegekompetenz in bezug auf die chemotherapiebedingten Nebenwirkungen zu erlangen, ist in der Weise wirksam, dass die Patienten nicht nur verbessertes Wissen über Selbstpflege erwerben, sondern dieses Wissen können die Patienten in gezieltes Handeln umsetzen, in dem sie – ergänzend zur Behandlung durch Ärzte und Pflegenden – zu Aktivitäten der Selbstpflege greifen.

Für andere Einrichtungen kann dieses Ergebnis von Interesse sein, da Patienten vermehrt Selbstpflegekompetenz und Alltagsautonomie erwerben. Dies stellt einen humanen gesundheitsfördernden Wert an sich dar. Dies kommt aber auch den Einrichtungen in ökonomischer Hinsicht zugute, da die größere Selbstpflegekompetenz von Patienten eine durch die DRG-Einführung bedingte verkürzte Verweildauer ermöglicht. Schließlich liegt der Nutzen für Einrichtungen darin, dass Pflegenden von dem Bewusstsein, durch gezielte Patienteninformation und –beratung dessen Gesundheitsprozess und Wohlbefinden messbar zu verbessern, einen Zuwachs an Professionalität gewinnen. Dies kann die Motivation und die Arbeitszufriedenheit fördern.

9. Interprofessionelle Zusammenarbeit der Kooperationspartner

Die Studie hat neue Erfahrungen für die Teams aus Pflegenden und anderen Berufsgruppen zweier Universitätskliniken ermöglicht. Sie haben gelernt, sich zu öffnen und aus der Kooperation gegenseitig zu lernen. Dies wurde als Ausgleich für den erhöhten Bedarf an Arbeitszeit empfunden, der teilweise über die Dienstzeit hinaus ging.

Die Teammitglieder erlebten, dass patientenbezogene praxisorientierte Forschung für die Pflege nutzbringend ist und Innovationen befördern kann.

10. Publikationen und Vorträge des Teams in der Projektlaufzeit

- Dokken, H./Huber, B. (2004): Von der Forschungsfrage zur Realisierung eines Projekts: Wissens- und Beratungsbedarf des Patienten zu Nebenwirkungen der Chemotherapie, in: A. Thoke-Colberg (Hrsg.). München: Zuckschwerdt.
- Höhne, J. (2004): Patientenschulung als onkologische Pflegeintervention bezogen auf Übelkeit und Erbrechen bei Chemotherapiepatienten in: A. Thoke-Colberg (Hrsg.). München: Zuckschwerdt.
- Landenberger, M./Berndt, U. (2005): Pflegerische Unterstützung zur Minimierung von Übelkeit, Erbrechen und Appetitmangel bei Patienten unter Chemotherapie In: Leben, Zeitschrift der sachsen-anhaltischen Krebsgesellschaft, S. 11-12.
- Landenberger, M./Berndt, U./Stukenkemper, J./Höhne, J./Pröbstl. A./Thoke-Colberg, A./Horn, I./Knerr, A. (2005): Strukturierte Pflegeintervention zu Übelkeit und Kommunikations-/Wissensdefizit von Chemotherapie-Patienten, Prospektive cluster-randomisierte kontrollierte Multicenterstudie in: Pflege & Gesellschaft 01/2005, S. 23-25.
- Landenberger, M. (2002) Aufbruchstimmung in der onkologischen Pflegeforschung in: Journal Onkologie (2) 1, S. 6.
- Landenberger, M./Krumrei, B. (2003) Wirksamkeitsnachweis für Pflegeinterventionen durch Studien in der Hämatologie-Onkologie in: Pflege & Gesellschaft 4/2003, S. 135-139.
- Landenberger, M. (2004) Forschungsziel onkologischer Pflegestandard in: Onkologie heute (2) 1, S. 43-44.
- Lasic, G. (2004): Häufigkeit und Rangfolge von Nebenwirkungen bei Chemotherapiepatienten: Methode und erste Ergebnisse einer pflegewissenschaftlichen Studie am MRI: in: A. Thoke-Colberg (Hrsg.). München: Zuckschwerdt.
- Thoke-Colberg, A. (Hrsg.). (2004): Anwendungsorientierte Pflegeforschung. Ethik in der Pflege. München: Zuckschwerdt.

Kongressvorträge:

- Berndt, U: Kommunikative Anforderungen an Pflegende bei der Umsetzung einer strukturierten Intervention, Mitgliederversammlung des Pflegeforschungsverbundes Mittelsüd, Wittenberg, Juni 2004
- Dokken, H./Stukenkemper, J.: Wissens- und Beratungsbedarf des Patienten zu Nebenwirkungen der Chemotherapie, Deutscher Krebskongress, Berlin Februar 2004 - mit Abstract
- Dokken, H. /Stukenkemper, J.: Need for knowledge and counselling of cancer patients regarding side effects during chemotherapy, "3rd International Research and Development Conference" in Aarhus, Dänemark August 2004 – mit Abstract

- Dokken, H. /Stukenkemper, J.: Wissens- und Beratungsbedarf des Patienten zu Nebenwirkungen der Chemotherapie, Gemeinsamen Jahrestagung der Hämatologie Onkologie, Innsbruck Oktober 2004 - mit Abstract
- Höhne, J.: Pflegerische Beratung, Anleitung und Schulung zur Förderung von Alltagskompetenzen des Patienten - eine neue Aufgabe der Pflegenden? Europawoche gegen Krebs, Halle Oktober 2004
- Landenberger, M: Assessment und strukturierte Intervention in der onkologischen Pflege am Beispiel von Mangelernährung – Vorarbeit für eine evidenzbasierte Leitlinie, Gemeinsame Jahrestagung der Hämatologie-Onkologie, Innsbruck Oktober 2004 – mit Abstract
- Lasic, G./Pröbstl, A.: „Innovative onkologische Pflegedokumentation im Hinblick auf das neue Krankenpflegegesetz“, Deutscher Krebskongress, Berlin Februar 2004 – mit Abstract
- Stukenkemper, J.: Wissens- und Beratungsbedarf des Patienten zu Nebenwirkungen der Chemotherapie , Mitgliederversammlung des Pflegeforschungsverbundes Mitte-Süd, Wittenberg, Juni 2004
- Pröbstl, A.: Abstract und Vortrag: „Entwicklung eines onkologischen Pflegedokumentationskonzeptes mit onkologischem Assessment auf der Grundlage des Pflegediagnoseprozesses und des Selbstpflegedefizit-Theorie nach D. Orem, Gemeinsame Jahrestagung der Hämatologie-Onkologie, Innsbruck Oktober 2004

11. Literaturverzeichnis

- De Meyer I.** 1996: Verandering in zelfzorggedrag bij kankerpatienten gedurende chemotherapiebehandeling. Lizentiatsarbeit in medizinischen Sozialwissenschaften, Pflegewissenschaft, Katholische Universität Löwen.
- Devine, E., Westlake, S.** 1995: The effects of psychoeducational care provided to adults with cancer: Meta-analysis of 116 studies. In: Oncology Nursing Forum, 22(9), 1369-1381.
- Dokken, H., Stukenkemper, J., Huber, B., Thoke-Colberg, A.** 2005: Wissens- und Beratungsbedarf von Tumorpatienten zu Nebenwirkungen der Chemotherapie. Pr-InterNet, 7(5), 289-295.
- Evers, G. C.** (Hrsg.) 2002: Professionelle Selbstpflege. Einschätzen-Messen-Anwenden. Bern: Huber.
- Harris, K. A.** 1998: The informational needs of patients with cancer and their families. Cancer Practice, 6 (1), 39-46.
- Klafki, W.** (1996): Neue Studien zur Bildungstheorie und Didaktik. Zeitgemäße Allgemeinbildung und kritisch-konstruktive Didaktik, 5. Aufl., Weinheim/Basel: Beltz.

Schulz von Thun, F., 1998 Miteinander reden 1 - Störungen und Klärungen. Rowohlt: Reinbek.

Tanghe, A/Vandekerckhove, L. et al 2002, Der Selbstpflege-Fragebogen für Beschwerden durch Chemotherapie, in: Evers, G C (Hrsg.): Professionelle Selbstpflege, Bern: Huber, 263 – 287

Watzlawick, P./Beavin, J./Jackson, D. 1996: Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. Bern: Huber.

Wittneben, K. (1998): Pflegekonzepte in der Weiterbildung zur Pflegelehrkraft. Frankfurt/M.: Lang.

12. Kontaktadresse mit e-mail

Prof. Dr. Margarete Landenberger
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
Medizinische Fakultät
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Magdeburger Str. 8 / 06097 Halle/Saale

Tel.: +49 (0)3 45 – 5 57 41 06

Fax: +49 (0)3 45 – 5 57 12 20

e-mail: margarete.landenberger@medizin.uni-halle.de

homepage: www.medicin.uni-halle.de/pflegewissenschaft