

**Evaluation des Fortbildungsprogramms zur
Qualifizierung von Pflegekräften in der ambulanten
Versorgung von Menschen mit HIV und AIDS in
der Ukraine**

Wissenschaftliche Hausarbeit zur Erlangung des
akademischen Grads Master of Public Health (MPH)
an der Freien Universität zu Berlin
im Rahmen des Ergänzungsstudiengangs
Psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung
Fachbereich Erziehungswissenschaften und Psychologie

vorgelegt von Dipl. Soz. Päd. Viola Winterstein

Erstgutachter Dr. Burkhard Gusy

Zweitgutachter Prof. Dr. Dieter Kleiber

21. April 2007

Inhalt

1. Einleitung	6
2. Danksagung	9
3. Hintergrund der Arbeit	10
3.1 Sozioökonomische Lage	10
3.2 Gesundheitliche Lage.....	11
3.3 HIV und AIDS	12
3.3.1 <i>Epidemiologie</i>	12
3.3.2 <i>Ursachen</i>	13
3.3.3 <i>Behandlung und Versorgung</i>	16
3.4 Das Gesundheitssystem in der Ukraine	17
3.5 Ambulante Pflege	19
4. Projektdarstellung	20
4.1 Hintergrund und Ziele.....	20
4.2 Durchführung.....	23
4.3 Evaluation der Fortbildung	27
4.3.1 <i>Die Wahl des Forschungsparadigmas</i>	27
4.3.2 <i>Allgemeine Konzepte und Arten der Evaluation</i>	27
5. Methode	29
5.1 Forschungsdesign.....	29
5.2 Forschungsfragen und Hypothesen.....	30
5.3 Das Messinstrument.....	33
5.3.1 <i>Entwicklung des Fragebogens</i>	33
5.3.2 <i>Vorstellung der Items</i>	35
5.3.3 <i>Durchführung der Befragung</i>	48
5.3.4 <i>Zusammensetzung des Datensatzes</i>	48
5.3.5 <i>Beschreibung der Gesamtstichprobe</i>	50
6. Ergebnisse	56
6.1 Überprüfung der Längs- und QuerschnittsteilnehmerInnen.....	56
6.2 Überprüfung der Hypothesen.....	59

6.3	Beurteilung der Fortbildung.....	79
6.4	Multiplikation	92
7.	Diskussion	95
8.	Literaturverzeichnis	111
9.	Anhang	115
9.1	Anhang A: Fragebogen Messzeitpunkt t0 – Deutsche Version	115
9.2	Anhang B: Fragebogen Messzeitpunkt t0 – Russische Version	122
9.3	Anhang C: Fragebogen Messzeitpunkt t1 – Deutsche Version	129
9.4	Anhang D: Fragebogen Messzeitpunkt t1 – Russische Version.....	136
9.5	Anhang E: Fragebogen Messzeitpunkt t2 – Deutsche Version	143
9.6	Anhang F: Fragebogen Messzeitpunkt t2 – Russische Version	151
9.7	Anhang G: Erklärungen der Antragstellerin	159

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	<i>Zeitlicher und thematischer Überblick der Fortbildung „Nadeschda“</i>	26
Tabelle 2	<i>Überblick über die Inhalte der Befragung pro Messzeitpunkt</i>	36
Tabelle 3	<i>Überblick messzeitbezogene Beteiligungsquoten</i>	49
Tabelle 4	<i>Überblick der verwendeten Stichproben</i>	49
Tabelle 5	<i>Soziodemographische Daten der Gesamtstichprobe (N = 29).....</i>	52
Tabelle 6	<i>Soziodemographische Daten der Quer – und Längsschnittstichprobe</i>	57
Tabelle 7	<i>Ergebnisse des Wissensstands der Quer – und Längsschnittstichprobe</i>	58
Tabelle 8	<i>Häufigkeit richtiger Antworten zum Krankheitsbild HIV/AIDS im Verlauf.....</i>	62
Tabelle 9	<i>Wissensscore zum Krankheitsbild von HIV/AIDS im Verlauf.....</i>	62
Tabelle 10	<i>Wissenscores zum Krankheitsbild HIV/AIDS der (un)erfahrenen TeilnehmerInnen im Verlauf.....</i>	65
Tabelle 11	<i>Wissen über (un)wahrscheinliche Infektionswege im Verlauf</i>	68
Tabelle 12	<i>Wissen über (un)wahrscheinliche Infektionswege im Prä – Post – Vergleich.....</i>	69
Tabelle 13	<i>Einschätzung des beruflichen Infektionsrisikos im Verlauf</i>	71
Tabelle 14	<i>Einschätzungen des beruflichen Infektionsrisikos der (un)erfahrenen TeilnehmerInnen im Verlauf.....</i>	74
Tabelle 15	<i>Einschätzung des Wissens über berufliche Schutzmassnahmen im Verlauf.....</i>	75

Tabelle 16 <i>Einschätzungen des Wissens über berufliche Schutzmaßnahmen der (un)erfahrenen TeilnehmerInnen im Verlauf</i>	78
Tabelle 17 <i>Klimadaten zur Beurteilung der Veranstaltungen</i>	80
Tabelle 18 <i>Einschätzung des Wissens und der Informationswünsche zur ersten Veranstaltung (Prä-Post-Vergleich)</i>	81
Tabelle 19 <i>Einschätzung zur Wissenserweiterung und Alltagsrelevanz der ersten Veranstaltungsaspekte</i>	82
Tabelle 20 <i>Einschätzung des Wissens und der Informationswünsche zur zweiten Veranstaltung (Prä-Post-Vergleich)</i>	83
Tabelle 21 <i>Einschätzung zur Wissenserweiterung und Alltagsrelevanz der zweiten Veranstaltungsaspekte</i>	84
Tabelle 22 <i>Einschätzung des Wissens und der Informationswünsche zur dritten Veranstaltung (Prä-Post-Vergleich)</i>	85
Tabelle 23 <i>Einschätzung zur Wissenserweiterung und Alltagsrelevanz der dritten Veranstaltungsaspekte</i>	86
Tabelle 24 <i>Einschätzung des Wissens und der Informationswünsche zur vierten Veranstaltung (Prä-Post-Vergleich)</i>	87
Tabelle 25 <i>Einschätzung zur Wissenserweiterung und Alltagsrelevanz der vierten Veranstaltungsaspekte</i>	88
Tabelle 26 <i>Einschätzung des Wissens und der Informationswünsche zur fünften Veranstaltung (Prä-Post-Vergleich)</i>	89
Tabelle 27 <i>Einschätzung zur Wissenserweiterung und Alltagsrelevanz der fünften Veranstaltungsaspekte</i>	89
Tabelle 28 <i>Häufigkeit der Nennungen zu den Interessenschwerpunkten</i>	91
Tabelle 29 <i>Häufigkeit der Nennungen der zu wiederholenden Inhalte der Fortbildung</i>	91
Tabelle 30 <i>Häufigkeit der Nennungen von Multiplikation der Fortbildungsinhalte</i>	93
Tabelle 31 <i>Häufigkeit der Nennungen von Multiplikation nach Personengruppen</i>	94

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 *Messzeitbezogene Beteiligungsquoten* 50

Abbildung 2 *Wissensscores zum Krankheitsbild HIV/AIDS der (un)erfahrenen TeilnehmerInnen im Verlauf*..... 64

Abbildung 3 *Einschätzungen des beruflichen HIV-Infektionsrisikos der (un)erfahrenen TeilnehmerInnen im Verlauf*..... 73

Abbildung 4 *Einschätzungen des Wissens über Schutzmassnahmen der (un)erfahrenen TeilnehmerInnen im Verlauf*..... 77

1. Einleitung

Die HIV-Epidemie in der Ukraine ist eine der jüngsten weltweit. Internationale Schätzungen gehen davon aus, dass mindestens ein Prozent der ukrainischen Bevölkerung HIV-infiziert ist (Lekhan, Rudyi & Nolte, 2004; DeBell & Carter, 2005; UNAIDS, 2006).

Hauptursachen der Epidemie sind eine unzureichende HIV-Aufklärung und ein geringes Risikobewusstsein der Bevölkerung aufgrund jahrelanger Tabuisierung und somit fehlender flächendeckender Präventionsstrategien. Die politische Lage ist seit der Unabhängigkeit sehr instabil. Der dadurch bedingte häufige Wechsel von MinisterInnen gewährleistet keine kontinuierliche Auseinandersetzung mit der notwendigen Reformierung des maroden Gesundheitssystems. Gleichzeitig befindet sich der Großteil der Bevölkerung in einer prekären sozioökonomischen Lage, welche einen direkten Einfluß auf deren Gesundheitsverhalten und den Gesundheitsstatus hat.

Globalisierung und Migration sind zwei entscheidende Gründe, warum HIV und AIDS auch globalpolitische Probleme darstellen und in internationaler Zusammenarbeit gelöst werden müssen.

In Deutschland engagieren sich seit einigen Jahren MedizinerInnen und Pflegekräfte der Klinik für Innere Medizin – Gastroenterologie / Infektiologie und der Immunologischen Tagesklinik des Berliner Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikums (AVK) auf dem Gebiet der HIV- und AIDS-Versorgung in der Ukraine. Initiatorisch hierfür war die Recherche einer Berliner Journalistin und Mitarbeiterin des AVK und eines Fotografen 2002 in der Ukraine, die die mangelnde HIV-Aufklärung der Bevölkerung, das fehlende ärztliche Wissen über die Infektion und die besorgniserregende Lage der Betroffenen verdeutlichte. Es wurde die Notwendigkeit konkreter Hilfe in der Ukraine und der Vernetzung der vereinzelt Projekte und Ressourcen in Deutschland erkannt und zur Umsetzung gebracht.

Entstanden sind zumeist ehrenamtlich durchgeführte Fortbildungen im Rahmen von Austauschprogrammen für ukrainische ÄrztInnen, die Vernetzung mit dem deutschen Präventionsprogramm „Student-Health-Dialog“ für ukrainische Kinder, Jugendliche und Medizinstudierende und das in der vorliegenden Arbeit vorgestellte Pilotprojekt

„Nadeschda“ für ukrainische Pflegekräfte.

„Nadeschda“ (russisch: Hoffnung) ist ein Fortbildungsprogramm für Pflegekräfte der Caritas Ukraine und mithin für deren sozial benachteiligte PatientInnen und deren Angehörige. Das Projekt entstand in enger Zusammenarbeit mit der Caritas Ukraine, was einen unmittelbaren Zugang zum Sozialraum der Betroffenen ermöglichte.

Ziele des Programms waren einerseits, innerhalb von fünf Wochenendveranstaltungen Basiswissen über das komplexe Feld der Erkrankung und der ambulanten Pflege von Menschen mit HIV und AIDS zu vermitteln und die TeilnehmerInnen als MultiplikatorInnen auszubilden. Darüber hinaus wurden zweimal drei TeilnehmerInnen nach Berlin eingeladen, um die beruflichen Hintergründe der Berliner DozentInnen und deren interdisziplinäre Zusammenarbeit zu verdeutlichen. Andererseits sollten die Ressourcen und Bedürfnisse der Pflegekräfte und der Caritas Ukraine für eine nachhaltige Weiterführung des Projektes eruiert werden.

Die Pilotphase fand in der Zeit von Dezember 2005 bis Oktober 2006 in der Ukraine statt. Die LeiterInnen waren Berliner Pflegefachkräfte des Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikums und des Felix Pflgeteams Berlin e.V.. Die TeilnehmerInnen waren 29 MitarbeiterInnen aus sieben Städten bzw. Regionen, in denen die Caritas Ukraine tätig ist.

Anliegen der vorliegenden Untersuchung ist es, im Sinne der Qualitätssicherung die Ziele der Fortbildung zu überprüfen und eine Basis für nachhaltige Projekte zu schaffen. Geleitet von den Fragestellungen, welche Ziele erreicht werden konnten und welche Folgerungen sich für die geplante weiterführende Fortbildung ergeben, wurde ein standardisiertes Messinstrument entwickelt (Panelstudie mit drei Messzeitpunkten). Die Ergebnisse konnten aufgrund fehlender Vergleichsdaten nicht verallgemeinert werden.

Die Untersuchung war als summative Ergebnisevaluation auf den Zeitraum von einem Jahr angelegt. Überprüft wurden das objektive Wissen der TeilnehmerInnen zu grundsätzlichen Aspekten der HIV-Infektion und deren Infektionswege und das subjektive Wissen über Schutzmaßnahmen sowie Ängste der TeilnehmerInnen vor einer beruflichen HIV-Infektion. Im Weiteren wurde erhoben, wie die TeilnehmerInnen die Fortbildung

beurteilten und welche Inhalte von ihnen multipliziert wurden.

Im ersten Teil der vorliegenden Arbeit werden die sozioökonomische und die gesundheitliche Lage, in der sich der Grossteil der ukrainischen Bevölkerung befindet, dargestellt. Schwerpunkt des Kapitels ist die Beschreibung der HIV- und AIDS-Situation. Anschließend wird das ukrainische Gesundheitssystem vorgestellt und der Stellenwert von ambulanter Pflege herausgearbeitet. Die Beschreibung der Caritas Ukraine und des Pilotprojekts bilden den Abschluss des ersten Teils.

Im zweiten Teil wird die Methode der Untersuchung vorgestellt, die Entwicklung des Messinstrumentes beschrieben und die Konstrukte erläutert.

Im dritten Teil werden die Ergebnisse der Untersuchung dargestellt. Die Gliederung erfolgt primär anhand der Ergebnisse der Befragung zum Wissen über das Krankheitsbild und die Infektionswege sowie zur subjektiven Einschätzung des Wissens über Schutzmaßnahmen und zum beruflichen HIV-Infektionsrisiko. Die Ergebnisse zur Beurteilung der Fortbildung werden daran anschließend deskriptiv dargestellt.

In der abschließenden Diskussion werden die Ergebnisse und das Messinstrument kritisch hinterfragt und Empfehlungen für die Fortführung des Projektes formuliert.

2. Danksagung

Ich möchte allen herzlich danken, die diese Arbeit ermöglicht haben und die mir in der Zeit zwischen dem ersten Gedanken an das Projekt *Masterarbeit* und dessen Fertigstellung geholfen haben.

Mein spezieller Dank geht an die ProjektleiterInnen der Fortbildung Inge Banzcyk, Klaus Huser und Arnd Wunnenberg, sowie an die GastdozentInnen Schwester Hannelore, Dr. Jörg Claus, Dr. Christian Jellinek und Dr. Stefan Dupke. Sie haben mir wissenschaftlich wie persönlich neue Räume eröffnet.

Ich danke Dr. Burkhard Gusy und Prof. Dr. Dieter Kleiber für die wissenschaftliche Begleitung und die hilfreichen Anregungen in der Auseinandersetzung mit dem Thema und der Entwicklung des Fragebogens.

Von ganzem Herzen danke ich meiner studentischen Arbeitsgruppe, Susann Kowol und Dirk Hampf für fruchtbare Kritik, technischen Support und persönlichem Zuspruch, sowie meiner Mutter für ihre Geduld und ihrer Unterstützung meines Studiums.

3. Hintergrund der Arbeit

3.1 Sozioökonomische Lage

Die Ukraine ist, abgesehen von Russland, das flächenmäßig größte Land Europas und wird geographisch zu Osteuropa gezählt.

In ihrer wechselvollen Geschichte war die Ukraine von 1921 bis 1991 Teil der Sowjetunion. Mit deren Zerfall 1991 erklärte die Ukraine im August 1991 ihre Unabhängigkeit und befindet sich seitdem, gleich anderer Transformationsländer in Mittel- und Osteuropa, in einer prekären ökonomischen, sozialen und politischen Lage (UNAIDS, 1998; Lekhan, Rudyi & Nolte, 2004; DeBell & Carter, 2005).

Neben der instabilen politischen Situation seit der Unabhängigkeit sind die Ursachen für die ökonomische Krise auch in zunehmenden Privatisierungen, Korruption, Schattenwirtschaften und fehlenden Subventionen zu sehen. Die Folgen sind ökonomische Missverhältnisse, gekennzeichnet durch eine starke Diskrepanz zwischen armen und reichen Bevölkerungsschichten (DeBell & Carter, 2005). Kollektivwirtschaften, von Stalin in den 1930er Jahren gewaltsam eingeführt, gingen in die Insolvenz (Mayr, 2006). Das Bruttoinlandsprodukt sank rapide - im Wesentlichen in der industriellen Produktion. Die Inflationsrate ist weiterhin hoch (UNAIDS, 1998; Lekhan, Rudyi & Nolte, 2004; Olyinyk, 2005).

Die ökonomische Krise bedeutet für den Großteil der Bevölkerung gleichfalls eine soziale Krise in Form von Arbeitslosigkeit, Perspektivlosigkeit und Armut (DeBell & Carter, 2005). Bis zu 63 Prozent der knapp 50 Millionen Menschen leben laut europäischem Gesundheitsbericht unter der Armutsgrenze, bei einer Arbeitslosenrate von 11,9 Prozent¹ (WHO, 2002). Der Lebensstandard sank vor allem für jene, die von staatlichen Gehältern oder Sozialleistungen abhängig sind, wie bspw. BeamtenInnen und alte Menschen (UNAIDS, 1998).

¹ Deutschland hat im Vergleich dazu eine Arbeitslosenrate von 9,7 Prozent (WHO 2002) und ca. 82 Millionen Menschen.

Zudem wird mit der Zunahme des Bevölkerungsanteils der über 65-Jährigen und dem Rückgang des Anteils der unter 15-Jährigen in der Ukraine ein demographischer Wandel sichtbar (UNAIDS, 1998; Lekhan, Rudyi & Nolte, 2004).

3.2 Gesundheitliche Lage

Die gesundheitliche Lage hat sich seit der Unabhängigkeit rapide verschlechtert (UNAIDS, 1998). Die Lebenserwartung sank und betrug 2002 nur 67,9 Jahre. Bei den Frauen waren es 73,6 Jahre und bei den Männern 62,3 Jahre² (WHO, 2002).

Haupttodesursachen sind kardiovaskuläre Erkrankungen, Neoplasien, Unfälle und Vergiftungen, sowie Erkrankungen der Atemwege (UNAIDS, 1998; Lekhan, Rudyi & Nolte, 2004).

Neben alarmierenden Zahlen bei HIV und AIDS, die gesondert betrachtet werden, ist die Bevölkerung verstärkt betroffen von Hepatitis B und C (DeBell & Carter, 2005) sowie von anderen sexuell übertragbaren Krankheiten und Cholera (UNAIDS, 1998), Pneumonien (Mayr, 2006), Tuberkulose und Diphtherie (Galazka, Robertson & Oblapenko, 1995; Lekhan, Rudyi & Nolte, 2004; Schleifer, 2006). Besorgniserregend ist zudem die rapide Zunahme von Syphilis unter ukrainischen Straßenkindern (Teltschik, 2006).

Zudem ist die gesundheitliche Lage gekennzeichnet durch hohe Prävalenzen im Tabak-, Alkohol- und Drogen-/Medikamentenkonsum, insbesondere in der Altersgruppe junger Männer, sowie durch eine Müttersterblichkeit, die etwa fünfmal höher ist als im EU-Durchschnitt (Lekhan, Rudyi & Nolte, 2004).

Insbesondere Tuberkulose stellt neben HIV und AIDS und häufig in Verbindung mit HIV und AIDS ein gravierendes gesundheitliches Problem in der Ukraine dar (Lekhan, Rudyi & Nolte, 2004) und gilt als Haupttodesursache bei Menschen mit AIDS (Schleifer,

² Im Vergleich dazu betrug die Lebenserwartung in Deutschland insgesamt 78,1 Jahre, bei den Frauen 80,0 Jahre und bei den Männern 74,9 Jahre (WHO, 2002).

2006). Pro 100 000 EinwohnerInnen liegt die Tuberkulose-Sterberate bei 22,31 (im Vergleich dazu Deutschland mit 0,54 pro 100 000 EinwohnerInnen) (WHO, 2002).

Die Ursachen für die problematische gesundheitliche Situation sind sehr vielfältig. Der sozioökonomische Status, der sich nach finanziellen Ressourcen, Bildungsgrad und dem Grad der gesellschaftlichen Integration bestimmen lässt, gilt als einer der wichtigsten strukturierenden Faktoren für Gesundheitsverhalten und Gesundheitsstatus (Hurrelmann, 2006). Für den Großteil der Bevölkerung ist der Lebensstandard gesunken (Lekhan, Rudyi & Nolte, 2004). Die Zunahme an ökonomischen Ungleichheiten und sozialen Krisen begünstigen zusätzlich den Anstieg der Prostitution, der Anzahl der Straßenkinder, der Selbstmordrate und Kriminalität (UNAIDS, 1998). Demnach ergeben sich erhebliche Nachteile für das Gesundheitsverhalten und Erkrankungsrisiko der ukrainischen Bevölkerungsgruppen, die unter der Armutsgrenze leben, keine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben haben und aufgrund ihrer Lebenssituation an den Rand der Gesellschaft gedrängt werden³.

Gleichzeitig hat sich die Gesundheitsversorgung insgesamt seit der Unabhängigkeit verschlechtert, zum Beispiel durch den Mangel an Impfstoffen aufgrund finanzieller Defizite (UNAIDS, 1998). Der Großteil der Bevölkerung hat nur einen eingeschränkten Zugang zur Gesundheitsversorgung (Lekhan, Rudyi & Nolte, 2004; DeBell & Carter, 2005). Zudem fehlen langfristige nationale Strategien zur Prävention und Gesundheitsförderung (UNAIDS, 1998; DeBell & Carter, 2005; Olyinyk, 2005). Auf die Situation des Gesundheitssystems wird an späterer Stelle ausführlicher eingegangen.

3.3 HIV und AIDS

3.3.1 Epidemiologie

Weltweit haben sich nach Einschätzungen der Vereinten Nationen seit Beginn der HIV-Epidemie Anfang der achtziger Jahre bis heute etwa 60 Millionen Menschen mit dem

³ Zudem hat die gesundheitliche Lage auch einen Einfluss auf die ökonomische Situation, indem insbesondere die produktiven Altersgruppen von der gesundheitlichen Verschlechterung betroffen sind, die wesentlich an der volkswirtschaftlichen Entwicklung des Landes beteiligt sind (DeBell & Carter, 2005).

„Human Immunodeficiency Virus“ (HIV) infiziert. Die Zahl der Ende 2005 mit HIV lebenden Menschen wurde auf 38,6 Millionen Menschen geschätzt (UNAIDS, 2006a).

In Westeuropa wird seit einigen Jahren von einer Normalisierung von AIDS gesprochen (Rosenbrock & Schaefer, 2002). In Deutschland ist die Situation hinsichtlich Inzidenzen und Prävalenzen sowie Zugang zu Behandlung und Versorgung vergleichsweise günstig. Darüber hinaus wird bei leicht steigenden Inzidenzen während der vergangenen Jahre nach neuen Präventionswegen gesucht (Rosenbrock & Schaefer, 2002).

Zweieinhalb Flugstunden von Deutschland entfernt verläuft die Epidemie in der Ukraine ungleich anders. Sie gilt als eine der jüngsten weltweit. Ähnlich wie in anderen osteuropäischen Ländern wurden die ersten HIV-Fälle Mitte der 1990er Jahre bekannt (DeBell & Carter, 2005) und stellten bis 1995 noch kein signifikantes Problem dar (UNAIDS, 1998; DeBell & Carter, 2005; Burruano & Seydel, 2006). Bereits 1997 wurde jedoch von einer Verdreifachung der Anzahl der Menschen mit HIV und AIDS in Osteuropa ausgegangen (UNAIDS, 1998). Seitdem zeigt sich eine starke Diskrepanz zwischen offiziellen und geschätzten Zahlen.

In der Ukraine wurden von 1987 bis Oktober 2006 offiziell insgesamt 100 403 Fälle von HIV (inklusive 13 143 Kinder) und 16 641 Menschen im Stadium AIDS registriert (Transatlantic Partners Against AIDS, 2006). Aufgrund der hohen Dunkelziffer und eines fehlenden flächendeckenden Meldesystems liegt die tatsächliche Zahl der HIV-Infektionen in der Ukraine vermutlich sehr viel höher. Internationale Schätzungen gehen 2006 von 250 000 bis 680 000 Menschen mit HIV und AIDS in der Ukraine aus. Besonders betroffen ist die Altersgruppe der 15-49jährigen mit einer Prävalenz von 0,8 bis 4,3%. Nahezu die Hälfte davon sind Frauen. 2005 starben zwischen 13 000 und 33 000 Erwachsene und Kinder an den Folgen von AIDS. 2003 waren es noch zwischen 7 300 und 22 000 (UNAIDS, 2006b).

3.3.2 Ursachen

Seit Beginn der Epidemie stellt der intravenöse Drogengebrauch das größte HIV-Infektionsrisiko dar. Während der vergangenen Jahre erreicht die HIV-Infektion jedoch zunehmend breitere Bevölkerungsschichten über sexuelle Kontakte, auch im Zusammenhang

mit der zunehmenden Prostitution. An dritter Stelle der wichtigsten Übertragungswege steht die vertikale Infektion von Kindern durch ihre infizierten Mütter (DeBell & Carter, 2005; UNAIDS, 2006b; Burruano & Seydel, 2006; Olyinyk, 2006).

Zudem stellen Gefängnisse ein hohes Risiko in der epidemischen Ausbreitung von HIV dar. Die Ukraine weist nach Russland die höchste Inhaftierungsrate Europas auf. Durch einen ca. 10-fach höheren Anteil intravenöser DrogengebraucherInnen gegenüber der Allgemeinbevölkerung und durch die Vergewaltigungen in den Gefängnissen muss hier von einer entsprechend höheren HIV-Infektionsrate ausgegangen werden (Hein, 2006). Aufgrund der anhaltenden Tabuisierung wurden bisher jedoch weder Studien zur Situation und zum Risikoverhalten noch nachhaltige präventive Maßnahmen in ukrainischen Gefängnissen durchgeführt (UNAIDS, 1998, Hein, 2006).

Armut und Perspektivlosigkeit begünstigen den Drogenkonsum und die Unwissenheit über die Gefahren im Austausch gebrauchter Spritzbestecke fördert die rasche Ausbreitung von HIV (UNAIDS, 1998/2006b). Das HI-Virus und Drogen wurden zunächst vermutlich im Rahmen von neuen Drogenhandelsrouten nach der Unabhängigkeit der Ukraine in die Häfen am Schwarzen Meer eingebracht. Selbsthergestellte Drogenmischungen werden seitdem von schätzungsweise 70 Prozent der DrogengebraucherInnen intravenös verwendet (UNAIDS, 1998). Für die Herstellung der Drogen werden zumeist einheimische Mohnkapseln verwendet (Hein, 2006), wobei der hieraus zubereitete Sud teilweise mit Blut vermischt wird (UNAIDS, 1998). Für die Beimischung des Blutes finden sich unterschiedliche abenteuerliche Erklärungen in bspw. Berichten, die UNAIDS (1998) vorliegen, zum Beispiel als Reinigungsmittel, Säuregehalt-Stabilisator oder ähnlichem.

Zu Zeiten der Sowjetunion wurde durch das Ministerium für Gesundheit versucht, die Ausbreitung des HI-Virus in der Bevölkerung durch systematische Testungen ausgesuchter Bevölkerungsgruppen und deren gesonderte Hospitalisierung zu kontrollieren (Lekhan, Rudy & Nolte, 2004). Seit 1987 wurden im großen Ausmaß Standardtests durchgeführt, bspw. an Schwangeren, Blutern und vulnerablen Gruppen wie DrogengebraucherInnen und Inhaftierten. 1991 beschloss die ukrainische Regierung, die obligatorische Testung von DrogengebraucherInnen und SexarbeiterInnen. Seit 1998 ist der Test mit Ausnahme der Testung von Blutkonserven freiwillig geworden. Anonyme freiwillige Testmöglichkeiten

sind in vielen Städten möglich, jedoch sind sie relativ teuer (UNAIDS, 1998). Begleitende Beratungen werden nicht durchgeführt (DeBell & Carter, 2005). Allerdings ist das Testangebot nicht in allen Städten und Regionen zuverlässig gewährleistet. Zudem besteht wenig Anreiz, sich testen zu lassen. HIV-Infizierte sind in der Ukraine in besonderem Maße gesellschaftlicher Stigmatisierung ausgesetzt (DeBell & Carter, 2005), wie unter anderem Human Rights Watch in seinem Bericht über Menschenrechtsverletzungen in der Ukraine vielfältig dokumentiert (Schleifer, 2006). Insbesondere gefährdet sind Frauen, die ihre Existenz durch Prostitution finanzieren müssen. Käuflicher Sex ist in der Ukraine nicht legalisiert. Ebenso war bereits während der Sowjetzeit der Gebrauch von Drogen tabuisiert und somit offiziell nicht existent. Noch heute leben sowohl SexarbeiterInnen als auch drogengebrauchende Menschen in der Illegalität, so dass diese vulnerablen Gruppen nur schwer mit Präventions- und Hilfsmaßnahmen zu erreichen sind. Sie meiden in der Regel den Kontakt zu Hilfsorganisationen aus Angst entdeckt, diskriminiert, polizeilicher Willkür ausgesetzt und inhaftiert zu werden (UNAIDS, 1998; Schleifer, 2006).

Eine Institutionen übergreifende Strategie zur Implementierung von präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen oder der Wille zur Vernetzung der bisherigen Arbeit lassen sich bisher kaum erkennen. Mit der Unabhängigkeit wurden einige wenige Gesetzesänderungen geplant, aber nur zum geringen Teil umgesetzt. Verträge für finanzielle Hilfen durch die Vereinten Nationen (UN), die World Bank und den Global Fund zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria wurden teilweise durch die Regierungen nicht ratifiziert, die nötige Infrastruktur nicht bzw. unzureichend zur Verfügung gestellt oder die Hilfen den Betroffenen nicht zugewiesen. Teilweise wurden die Gelder daher zurückgefordert oder vorübergehend zurückgehalten (Lekhan, Rudy & Nolte, 2004).

Effektive regional und national angelegte Präventions-, Substitutions- und Spritzentauschprogramme fehlen (UNAIDS, 1998; DeBell & Carter, 2005; Olyinyk, 2005). Insbesondere fehlen massenmediale und personalkommunikative Aufklärungsangebote. An Schulen wird zudem kein Sexualkundeunterricht angeboten. Das Risikobewusstsein in der Bevölkerung gegenüber HIV ist dementsprechend gering (DeBell & Carter, 2005).

3.3.3 *Behandlung und Versorgung*

Antiretrovirale Medikamente (ART) zur Behandlung von HIV und AIDS sind nicht flächendeckend verfügbar. Die meisten Todesfälle AIDS-Erkrankter sind auf die fehlende Behandlung mit ART zurückzuführen (Schleifer, 2006). So hätten 2005 ca. 14 400 Menschen eine ART benötigt. Keine 3 000 PatientInnen wurden bis dahin in die Behandlung eingeschlossen. Bei gleich bleibenden Entwicklungen werden 2008 bis zu 24 000 keine ART erhalten (Olyinyk, 2005).

Persönliche Gespräche mit ExpertInnen aus Kliniken und Selbsthilfeeinrichtungen in der Ukraine ergaben, dass Kliniken nicht über die adäquate medizinische Ausstattung für selbst einfachste Diagnosestellungen verfügen, dass Betroffene oftmals selbst nachfragen müssen, um eine Antiretrovirale Therapie (ART) zu bekommen, dass zur Zeit in der Ukraine nur eine eingeschränkte Auswahl an ART-Medikamenten vorhanden ist und preiswertere Generika von vielen BehandlerInnen abgelehnt werden. Die Vergabe von ART an Kinder scheint nach Aussagen der ExpertInnen in größeren Städten besser organisiert zu sein.

Human Rights Watch (Schleifer, 2006) berichtet, dass das Thema HIV nicht im Lehrplan des Medizinstudiums enthalten ist und Ärzte und Pflegekräfte mangelhaft über die HIV-Übertragungswege und -Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt sind. Im Weiteren berichtet Human Rights Watch von häufigen Diskriminierungen im Gesundheitswesen, von Behandlungsverweigerung und Krankenhausentlassungen, wenn der positive HIV-Status des Patienten bekannt wird. Häufig werden sie nur dann aufgenommen, wenn sie die eigentlich kostenfreie Behandlung bezahlen können.

Bei gleichzeitiger Tuberkuloseinfektion wird die Behandlung in Tuberkulosekliniken ebenfalls oft verweigert. Der ohnehin fragile Gesundheitszustand der PatientInnen wird dadurch weiter geschwächt (Schleifer, 2006). Zudem ist das Gesundheitssystem in seit der Sowjetzeit kaum veränderten Strukturen stark hierarchisiert und besitzt somit nicht genügend Flexibilität für die Lösung komplexer, interdisziplinärer Probleme wie HIV und AIDS.

3.4 Das Gesundheitssystem in der Ukraine

Das Gesundheitssystem funktionierte bis 1989 nach dem staatlich direktiven Gesundheitsmodell, welches von Semashenko 1918 entwickelt wurde. Die Gesundheitsversorgung wurde zentral staatlich organisiert und basierte auf der kostenlosen kurativen Versorgung der gesamten Bevölkerung. Sichtbare Erfolge zeigten sich bspw. in der Reduktion der Kindersterblichkeit seit 1950 und der hohen Impfungsrate gegen Tuberkulose, Poliomyelitis, Diphtherie, Tetanus und Masern (Lekhan, Rudy & Nolte, 2004).

Nach 1989 war in Folge der politisch-ökonomischen Krise auch das ukrainische Gesundheitswesen wesentlich betroffen. Es kam zu steigenden Ausgaben und finanziellen Kürzungen durch fehlende Subventionen der Sowjetunion und anderer sozialistischer Staaten (bspw. steigende Medikamenten- und Heizkosten). Gleichzeitig wird nur 4,2 Prozent des Bruttoinlandsproduktes für Gesundheit ausgegeben (Deutschland: 10,5 Prozent). Damit sind diese Ausgaben der Ukraine unter den niedrigsten Europas (WHO, 2002). Zudem ist davon auszugehen, dass an den direkten Gesundheitsausgaben die Bevölkerung zu geschätzten 50 Prozent beteiligt ist (Lekhan, Rudy & Nolte, 2004).

Laut ukrainischer Verfassung ist die medizinische Versorgung der Bevölkerung kostenfrei. In der Realität endet dieses Recht häufig dort, wo Krankheit und Armut anfangen, da für Untersuchungen und Behandlungen oftmals Zuzahlungen geleistet werden müssen. Zusätzlich müssen die meisten Medikamente selbst finanziert werden (WHO, 2002). Dem gegenüber steht ein immer größer werdender Anteil der Bevölkerung, der aufgrund geringer Renten und Einkommen bzw. aufgrund von Arbeitslosigkeit unter der Armutsgrenze lebt (WHO, 2002). Dieser Großteil der Bevölkerung kann sich die inoffizielle Form der Gesundheitsversorgung kaum leisten. Somit hat der Großteil der Bevölkerung nur einen sehr eingeschränkten Zugang zu Behandlungen und Versorgung (Lekhan, Rudy & Nolte, 2004; DeBell & Carter, 2005). Gleichzeitig forcieren die niedrigen Gehälter von ÄrztInnen und Pflegekräfte das Prinzip der Zuzahlungen, da die Vergütungen ukrainischer ÄrztInnen und Pflegekräfte in der Ukraine unterhalb des Existenzminimums liegen (Lekhan, Rudy & Nolte, 2004). Zudem zeigt sich eine rückläufige Tendenz in der Anzahl von

Pflegekräften, was auf das geringe Ansehen des Berufsstandes, geringe Bezahlung und geringe Karriereaussichten zurückzuführen ist (Lekhan, Rudy & Nolte, 2004)⁴.

Trotz politischem Auftrag zur Reformierung des Gesundheitssektors zeigen sich seit Beginn der Unabhängigkeit nur unwesentliche strukturelle Veränderungen des komplexen zentralistischen Gesundheitssystems (Lekhan, Rudy & Nolte, 2004). Das staatliche Gesundheitssystem beinhaltet hauptsächlich Krankenhausversorgung. Staatliche Polikliniken und arbeitsplatzgebundene Kliniken stellen Leistungen der Diagnostik und Therapie zur Verfügung. Seit einigen Jahren gibt es zudem Lizenzen für praktische ÄrztInnen, sowie private Kliniken für sexuell übertragbare Krankheiten und für den Alkohol- und Drogenentzug (Lekhan, Rudy & Nolte, 2004). Eine staatliche und flächendeckende ambulante Versorgungsstruktur wurde nicht entwickelt (Barden, 2003; Lekhan, Rudy & Nolte, 2004).

Bisher fehlen eindeutig definierte Pläne und Prioritäten, so dass Reformaktivitäten dadurch und durch oft widersprüchliche politische Diskurse nur langsam vorangetrieben werden. Der formelle Gesundheitssektor wird vom Staat beaufsichtigt, der nur langsam die Verantwortung an lokale Verwaltungen übergibt. Er muss als ineffizient und unausgewogen (bspw. ineffizientes Überangebot an Krankenhausbetten) mit schlechter qualitativer Versorgung bezeichnet werden (Lekhan, Rudy & Nolte, 2004). Es bedarf der primären Prävention durch Aufklärung der Bevölkerung um die Inzidenzen zu reduzieren und der sekundären und tertiären Prävention u.a. durch Weiterbildung des medizinischen Personals (Schleifer, 2006). Neue öffentliche Gesundheitsfunktionen wurden in den letzten Jahren mit technischer und finanzieller Hilfe der Vereinten Nationen, internationalen Spenden und Nicht-Regierungsorganisationen (NGOs) entwickelt, insbesondere als Reaktion der

⁴ Die Ärztedichte ist annähernd vergleichbar mit Deutschland. Auf 100 000 Einwohner kommen in der Ukraine 300,44 und in Deutschland 358,40 ÄrztInnen (WHO, 2002). Besonders im ländlichen Bereich der Ukraine fehlen ÄrztInnen und fast ein Drittel der ländlichen Gebiete hat keine nahe gelegene Gesundheitseinrichtung (Lekhan, Rudy & Nolte, 2004). Die Anzahl an Pflegekräften pro 100 000 Einwohner ist in der Ukraine mit 781,03 geringer als in Deutschland mit 930,43 (WHO, 2002).

allmählich politisch anerkannten gesundheitlichen Gefahr für die Bevölkerung durch HIV und AIDS⁵ (Lekhan, Rudi & Nolte, 2004).

3.5 Ambulante Pflege

Der Begriff der häuslichen Krankenpflege ist nicht zu vergleichen mit dem der westeuropäischen Gesundheitsversorgungssysteme. Gesundheits- und sozialpflegerische Dienste in nicht-staatlichen (Hilfs-) Organisationen (NGOs) waren zu Sowjetzeiten nicht zugelassen. Die PatientInnen wurden in Polikliniken oder Krankenhäusern behandelt, sodass sie sich der Aufbau ambulanter Pflegedienste nach dem politischen Umbruch erst in der Anfangsphase befindet und von staatlicher Seite nicht unterstützt wird (Barden, 2003).

Auch ist das Verständnis von Krankenpflege, wie es in West-Europa bekannt ist, nicht zu vergleichen mit dem in der Ukraine. Pflege ist in erster Linie der Medizin unterstellt und streng hierarchisch gegliedert. Pflegepersonal führt vor allem Assistenzleistungen für ÄrztInnen aus. Ganzheitliche Pflegekonzepte sind weitgehend unbekannt, Grundpflege wird gemeinhin als „minderwertige Arbeit“ angesehen (Elsbernd, 2001). Pflegekräfte arbeiten nur indirekt mit den PatientInnen. Die Aufgaben beinhalten beispielsweise nicht Körperpflege, Krankengymnastik, Essen anreichen, Mundpflege, Lagerung oder Prophylaxen. Kranke Menschen werden in erster Linie von ihren Familienmitgliedern gepflegt. In den staatlichen Polikliniken und Krankenhäusern ist die Pflege, wie Waschen, frische Kleidung oder Essen anreichen Aufgabe der Familie, nicht die des Krankenhauspersonals (Banzcyk & Wunnenberg, 2005). Barden (2003) berichtet, dass sich PatientInnen während der Krankenhausaufenthalte oftmals um Bettwäsche, Essen, Medikamente oder Verbandsmaterial selbst sorgen müssen.

⁵ Übrigens existiert auch in Deutschland eine unzureichende Anpassung der ambulanten Pflege an HIV und AIDS. Die Versorgung wird vorrangig von Spezialpflegediensten übernommen (Rosenbrock & Schaeffer, 2002).

4. Projektdarstellung

4.1 Hintergrund und Ziele

Die Caritas Ukraine ist eine soziale Hilfsorganisation der griechisch-katholischen Kirche. Zu Zeiten der Sowjetunion verboten organisierte sie sich bis zur Unabhängigkeit im Untergrund und war vor allem im westlichen Teil der heutigen Ukraine tätig. Seit 1999 wurde in Zusammenarbeit mit der Caritas International, Deutschland und Frankreich Caritas-Sozialstationen für ambulante Krankenpflege in ukrainischen Städten aufgebaut. Nach internationalem Vorbild beinhaltet die häusliche Krankenpflege medizinische, pflegerische und soziale Betreuung, Hilfe bei der Wahrnehmung von Arzt- und Krankenhausterminen, Ausleihe von Pflegehilfsmitteln, hauswirtschaftliche Hilfen, sowie die Sorge um die Kinder der Familien. Das Angebot ist für die PatientInnen kostenlos.

Für den Auf- und Ausbau der Sozialstationen erhält die Caritas Ukraine keine staatliche Unterstützung und ist auf (Sach-)Spenden und internationale Projektmittel angewiesen. Dementsprechend ist der Auf- und Ausbau ein Prozess mit eingeschränkten bzw. regional unterschiedlichen Versorgungs- und Pflegemöglichkeiten mit bspw. Medikamenten oder Verbandsmaterial.

Das Angebot der Hauskrankenpflege der Caritas Ukraine begann mit der Versorgung von alten und so genannten invaliden Menschen. Dabei handelte es sich um ukrainische ZwangsarbeiterInnen des zweiten Weltkrieges. Als verspätete Entschädigung finanzierte eine deutsche Firma den Aufbau von Hauskrankenpflege für diese Menschen im Westen der Ukraine. Später konnten in Zusammenarbeit mit den entsprechenden lokalen Kirchengemeinden das Angebot erweitert werden.

Seit 2004/2005 wurde auf Initiative der Caritas Ukraine das Angebot auf die Versorgung von Menschen mit HIV und AIDS zuerst in süd- und ostukrainischen Städten (z.B. Odessa und Donetsk) ausgebaut. Es soll auf alle Caritas Sozialstationen sukzessive erweitert werden. Nach Aussagen einer Mitarbeiterin der Caritas ist der Aufbau meist langwierig und schwierig aufgrund personeller Engpässe und fehlender Unterstützung in den

Gemeinden.

Die notwendige finanzielle Unterstützung durch europäische Förderprogramme wurde an die Bedingung einer entsprechenden Qualifizierung der Pflegekräfte gekoppelt. Aufgrund persönlicher Kontakte der Caritas Ukraine zu ÄrztInnen und Pflegekräften in Berlin, die bereits in der Ukraine Fortbildungen vor allem für ukrainische ÄrztInnen durchführten, konnte eine Fortbildung mit dem Felix Pflorgeteam gGmbH und mit der Immunologischen Tagesklinik des Vivantes Auguste-Viktoria Klinikums (Tagesklinik) realisiert werden.

Das Felix Pflorgeteam ist ein ambulanter Pflegedienst in Berlin für Menschen mit AIDS, psychischen Erkrankungen und/oder Hepatitis C. Die Tagesklinik gewährleistet die teilstationäre Versorgung von HIV- und AIDS-PatientInnen. Als Teil des „Schöneberger Modells“ kann sie sich mit ihren Versorgungsangeboten auf die Bedürfnisse und speziellen Besonderheiten der Hauptrisikogruppen einstellen. Die Stationspflegedienstleiterin und eine Pflegefachkraft der Tagesklinik, sowie der stellvertretende Pflegedienstleiter des Felix Pflorgeteams schlossen sich als LeiterInnen der Fortbildung zusammen. Alle drei hatten Erfahrungen in ambulanter Pflege und der Leitung von Fortbildungen und eine von ihnen hatte durch häufige Aufenthalte und Fortbildungen in der Ukraine bereits Erfahrungen mit der ukrainischen Versorgungssituation gesammelt.

Im Sommer 2005 wurde gemeinsam mit der Projektleiterin der Caritas Ukraine und den LeiterInnen der Fortbildung das Konzept in Donetsk (Ost-Ukraine) erarbeitet. Zuerst wurde die örtliche Caritas-Sozialstation besucht und mit deren MitarbeiterInnen Hausbesuche durchgeführt. Im Anschluss wurden die thematischen Schwerpunkte festgelegt, die sich aus den Wünschen der Projektleiterin der Caritas Ukraine und den Erfahrungen der Berliner Pflegekräfte ergaben. Die Konkretisierung der Seminarinhalte fand in Berlin statt. Es galt die Prämisse, die Aspekte während der Durchführung anhand der Bedürfnisse der TeilnehmerInnen und den Bedingungen vor Ort modifizieren zu können. Um auf die ukrainischen Ressourcen und Bedürfnisse gezielt eingehen zu können, begleitete das Seminarteam unter anderem auch jeweils ein Tag vor jeder Veranstaltung ukrainische Pflegekräfte bei ihren Hausbesuchen und sprach mit den Pflegekräften, den PatientInnen und deren Angehörigen.

Um die Fach- und Handlungskompetenz der TeilnehmerInnen zu erhöhen, beinhalteten die thematischen Schwerpunkte das komplexe Feld der Pflege von Menschen mit HIV und AIDS, sowie die Vermittlung des aktuellen medizinischen Wissenstandes. Spezielles fachliches Wissen über HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen wird in der üblichen pflegerischen Aus- und Fortbildung nicht vermittelt⁶ (Banczyk & Wunnenberg, 2005). Die durch die Infektion mit dem HI-Virus bedingten chronischen Krankheitsverläufe mit ihren komplexen, wechselhaften Pflegebedarf bedürfen des Wissens um typische Krankheitsverläufe, Behandlungsstrategien und Schutzmaßnahmen, um auf die verschiedenen Problemlagen angemessen reagieren zu können (Ewers & Schaeffer, 1999). Daher war es Ziel der Fortbildung, durch Aufklärung über HIV und AIDS den TeilnehmerInnen das nötige Wissen über Ansteckungswege und Schutzmöglichkeiten zu vermitteln. Zudem war es notwendig Behandlungsmöglichkeiten und opportunistische Infektionen, mit denen die TeilnehmerInnen im Pflegealltag konfrontiert werden könnten, vorzustellen. Ein weiterer Themenschwerpunkt war die Auseinandersetzung mit Sucht und Suchterkrankungen und der Palliativen Pflege. Neben reiner Wissensvermittlung sollten auch psychosoziale Grundlagen (bspw. Abbau von Ängsten und Diskriminierungsbereitschaft) vermittelt werden, denn aus der Verhaltensforschung und aus der Erfahrung mit Hauskrankenpflege ist gut bekannt, dass Wissen allein oft nur schwer eine Verhaltensänderung auszulösen vermag.

Folgende Ziele wurden in der Konzeption herausgearbeitet (Banczyk und Wunnenberg, 2005):

- Qualifizierung für die Pflege von Menschen mit HIV und AIDS durch die Vermittlung von Wissen des komplexen Krankheitsbilds.
- Multiplikation der Inhalte der Fortbildung durch die TeilnehmerInnen an deren KollegInnen.
- Auseinandersetzung mit eigenen Vorurteilen, um der Diskriminierung von HIV-Positiven und suchtkranken Menschen entgegenzuwirken.

⁶ In der Ukraine absolvieren medizinische Pflegekräfte ihre vier bis fünfjährige Ausbildung an medizinischen Fachschulen, ohne wesentliche konzeptionellen Veränderungen seit der Unabhängigkeit. Für das Thema HIV und AIDS stehen ca. zwei Doppelstunden auf dem Lehrplan.

4.2 Durchführung

Die Fortbildung fand in der Zeit von Dezember 2005 bis Oktober 2006 auf Wunsch der Caritas in verschiedenen Städten der Ukraine statt. Die Caritas Ukraine organisierte die Fortbildung an fünf Wochenendseminaren im Abstand von ein bis zwei Monaten.

Es war ein wesentlicher Aspekt der didaktischen Überlegungen, die TeilnehmerInnen möglichst viel selbst erarbeiten zu lassen und abwechslungsreiche Methoden und Materialien einzusetzen. Die eingesetzten Methoden lehnten sich den Prinzipien der Erwachsenenbildung an. Der in (post-)sozialistischen Ländern übliche Frontalunterricht sollte aufgelöst werden. Bei den Methoden und Materialien handelte es sich um Kartenabfragen, Gruppenarbeiten mit anschließender Vorstellung in der Gesamtgruppe, Powerpoint- und Diavorträge und Rollenspiele. Ein weiterer wichtiger Aspekt war es, die TeilnehmerInnen für die Notwendigkeit und Nützlichkeit von interdisziplinärer Zusammenarbeit von Berufsgruppen zu sensibilisieren. Bisherige Erfahrungen zeigten, dass es in der Ukraine wenig interdisziplinäre Zusammenarbeit gibt. Daher wurden für einige Veranstaltungen GastdozentInnen aus Berlin eingeladen. Zudem wurden zweimal drei Pflegekräfte aus drei Regionen der Ukraine für eine Woche nach Berlin eingeladen. Mit Besuchen von stationären und ambulanten Einrichtungen, sowie von Selbsthilfeeinrichtungen sollte der berufliche Hintergrund der LeiterInnen der Fortbildung und der GastdozentInnen sowie das deutsche Gesundheitssystem verdeutlicht werden. Die Erfahrungen mit der Versorgung von Menschen mit HIV und AIDS und mit der Vernetzung von Behandlung und Pflege in Deutschland (am Beispiel des Schöneberger Modells) wurden sowohl in Berlin, als auch in der folgenden Veranstaltung in der Ukraine mit den TeilnehmerInnen diskutiert.

Die einzelnen Veranstaltungen werden im Folgenden vorgestellt.

Erste Veranstaltung: „Wirkungsweise des HI-Virus, Übertragungswege und Schutz vor Ansteckung“

In der ersten Veranstaltung (Dezember 2005 in Kiew) wurden medizinische Grundlagen des HI-Virus (Aufbau, Vermehrung) und Epidemiologie besprochen. Anknüpfend daran wurden Situationen diskutiert, in denen (k)eine Übertragung im Beruf

und Alltag stattfinden kann. Anschließend wurde die Postexpositionsprophylaxe erklärt und psycho-sozialen Aspekte von Stigmatisierung und Diskriminierung der Betroffenen thematisiert.

Zweite Veranstaltung: „ART: Nebenwirkung, Therapie und Resistenzen“

Darauf aufbauend wurde in der zweiten Veranstaltung (Februar 2006 in Odessa) die medikamentöse Behandlung anhand der zurzeit in der Ukraine verfügbaren Antiretroviralen Therapieregime und deren (Neben)Wirkungen unterrichtet. Für diese Thematik wurde ein HIV-Schwerpunktarzt aus Berlin eingeladen. Wichtige Themen in der medikamentösen Behandlung waren zudem die Bedeutung günstiger Generika, die Stärkung der Adherence der PatientInnen und die Möglichkeiten des Nebenwirkungsmanagements.

Dritte Veranstaltung: Palliative Pflege

Die Notwendigkeit der Palliativen Pflege und des Umgangs mit dem Tod und sterbenden Menschen wurde in der dritten Veranstaltung (Juni 2006 in Juschnij) behandelt. Als Gastdozentin war eine Franziskanische Schwester des ambulanten Berliner Hospizes Tauwerk e.V. anwesend. Zudem wurde die Bedeutung der (non)verbalen Kommunikation, Mundpflege- und Ernährungstipps aufgezeigt.

Vierte Veranstaltung: „Sucht und Suchterkrankungen“

In der vierten Veranstaltung (September 2006 in Lviv) lag der Schwerpunkt auf der Sensibilisierung der Arbeit mit drogengebrauchenden Menschen. Diese bilden die Hauptbetroffenengruppe der Epidemie in der Ukraine und sind die größte PatientInnengruppe der Pflegekräfte im Bereich HIV/AIDS. Hierzu wurde ein Berliner Substitutionsarzt eingeladen. Der Schwerpunkt lag darauf Sucht als Erkrankung darzustellen. Es wurden hirnorganische Prozesse erklärt, sowie gesellschaftliche Ursachen und das Verständnis von Sucht in verschiedenen Kulturen diskutiert. Abschließend wurden Möglichkeiten und Grenzen des Auf- und Ausbaus von Hilfesystemen in der Ukraine besprochen.

Fünfte Veranstaltung: „Opportunistische Infektionen“

Die fünfte und vorerst letzte Veranstaltung thematisierte im Oktober 2006 in Kiew, die durch die Schwächung des Immunsystems entstehenden, opportunistischen Erkrankungen. Aus der Vielzahl von möglichen Erkrankungen wurden speziell die in der Ukraine meist auftretenden Krankheiten ausgewählt und diejenigen, die von den TeilnehmerInnen in der ersten Befragung explizit genannt wurden (zbspw. Tuberkulose, Hepatitis, CMV, Meningitis). Die Erkrankungen wurden anhand ihrer Symptome und Therapiemöglichkeiten von einem Berliner Schwerpunktarzt vorgestellt. Neben den klinischen Parametern, lag der Fokus auf der Krankenbeobachtung und Pflege der PatientInnen.

Tabelle 1 zeigt den Ablauf der Fortbildung im Überblick.

Tabelle 1 *Zeitlicher und thematischer Überblick der Fortbildung „Nadeschda“*

Ablauf	Ort	Zeit
Vorbereitung der Fortbildung		
Erstes Treffen der LeiterInnen der Fortbildung mit der Projektleiterin der Caritas Ukraine. Hausbesuche und Erarbeitung der Fortbildungsschwerpunkte	Donetsk	Juli 05
Inhaltliche und organisatorische Vorbereitung der Fortbildung. Vorstellung des Projekts auf dem Deutsch-Österreichischen Aidskongress in Wien und dem Kongress „HIV im Dialog“ in Berlin. Fragebogenentwicklung	Berlin	August 05 bis Dezember 05
Durchführung der Fortbildung		
Erste Veranstaltung „Übertragungswege. Das Virus und seine Vermehrung. Stigmatisierung und Diskriminierung.“	Kiew	Dezember 05
Zweite Veranstaltung „ART: Wirkungsweise und Nebenwirkungen. Adherence und Nebenwirkungsmanagement.“	Odessa	Februar 06
Erster Berlin Besuch Kennenlernen der Berliner Behandlungs- und Versorgungsstruktur (drei Koordinatorinnen aus Odessa, Kiew, Donetsk)	Berlin	April 06
Dritte Veranstaltung „Palliative Pflege. Schmerztherapie. Kommunikation zwischen PatientInnen und Pflegekräfte. Tipps zu Ernährung und Mundpflege.“	Jushnij	Juli 06
Zweiter Berlin Besuch Kennenlernen der Berliner Behandlungs- und Versorgungsstruktur (drei Pflegekräfte aus Odessa, Kiew, Donetsk)	Berlin	Juli 06
Vierte Veranstaltung „Suchterkrankungen und Substitution. Symptome, Hintergründe und Umgang mit DrogengebraucherInnen.“	Lviv	September 06
Fünfte Veranstaltung „Opportunistische Infektionen. Symptome und Therapie. Krankenbeobachtung und -pflege.“	Kiew	Oktober 06
Nachbereitung der Fortbildung		
Inhaltliche Nachbereitung der Fortbildung. Fertigstellung des Abschlussberichtes. Vorstellung der Erfahrungen und Ergebnisse auf nationalen Kongressen zu HIV und AIDS.	Berlin	ab Dezember 06

4.3 Evaluation der Fortbildung

4.3.1 Die Wahl des Forschungsparadigmas

Im Rahmen der Projektkonzeption beschlossen die ProjektleiterInnen das Pilotprojekt evaluieren zu lassen. Eine externe Projektevaluation konnte aus finanziellen Gründen nicht durchgeführt werden. Zur Autorin bestanden berufliche Kontakte.

Untersuchungen zum Wissensstand über HIV und AIDS oder zu Einstellungen gegenüber den Betroffenen bei ukrainischen ÄrztInnen und Pflegekräfte fehlen. Eine qualitative Studie wäre daher sinnvoll gewesen, um die Vielfalt an unterschiedlichen subjektiv und autobiographisch geprägten Konzepten anzuerkennen und ins Zentrum des wissenschaftlichen Interesses zu rücken (Watzlawik, 1997). Aufgrund fehlender Russischkenntnisse, die eine sinnvolle Voraussetzung einer qualitativen Auseinandersetzung sind, kann es in der Durchführung und Auswertung von Interviews verstärkt zu Verzerrungen kommen. Dieses kann mit der Standardisierung von Messinstrumenten minimiert werden. Zudem zeigten sich finanzielle und organisatorische Schwierigkeiten Interviews in der Ukraine durchzuführen. Daher wurde eine quantitative Evaluation der Fortbildung gewählt.

Im Folgenden wird ein kurzer Überblick über die Arten und Konzepte von quantitativer Evaluation gegeben.

4.3.2 Allgemeine Konzepte und Arten der Evaluation

Nach Riemann (2004) bedeutet Evaluation die Bewertung von Programmen, Maßnahmen oder Institutionen. Sie gilt als wichtige Methode von Qualitätssicherung und ist im besten Falle integraler Bestandteil jeder gesundheitsfördernder Maßnahme.

Eine der gebräuchlichsten Methode von Evaluationen ist die Befragung. Es gibt zudem zahlreiche Unterscheidungskriterien für verschiedene Evaluationsformen. Im Wesentlichen kann unterschieden werden in (Riemann, 2004):

- formative Prozessevaluation, durch die Evaluation des Verlaufs einer Maßnahme und deren Rückkopplung von Zwischenergebnissen zur Optimierung
- summative Produktevaluation zur Überprüfung der Ergebnisqualität, in dem das Endergebnis einer Maßnahme untersucht wird.

Eine Mischung von Prozess- und Produktevaluation erzielt hierbei den größten Nutzen.

In der vorliegenden Arbeit lag der Schwerpunkt auf der summativen Produktevaluation anhand einer prospektiven Längsschnittuntersuchung (Panel-Design) die zu drei Befragungszeitpunkten durchgeführt wurde. Im Sinne einer formativen Prozessevaluation wurde den ProjektleiterInnen Zwischenergebnisse rückgemeldet, und diese in die weitere Planung der konkreten Inhalte aufgenommen (bspw. durch die in der ersten Befragung gestellten offenen Fragen: welche Themen die Befragten interessieren würden; in welchen Situationen bzw. Tätigkeiten sie Angst haben, sich mit dem HI-Virus anzustecken; über welche opportunistischen Krankheiten sie mehr erfahren wollen und was sie über die Antiretrovirale Therapie wissen möchten).

Die Ergebnisse der Untersuchung werden allgemein zugänglich gemacht um einen Beitrag für weitere Fort- und Weiterbildungen in dem Bereich zu leisten. Dementsprechend wird auch von einer offenen entwicklungsorientierten Evaluation gesprochen (Dlugosch & Wottawa, 1994).

5. Methode

5.1 Forschungsdesign

Zur Evaluation der komplexen Inhalte und Ziele der Fortbildung lagen keine analogen Forschungsarbeiten vor. Die sich daraus ergebende fehlende Vergleichbarkeit der Ergebnisse ist ein häufiges Problem von Evaluationen in der Gesundheitsförderung (Riemann, 2004).

In der Konzeption der Fortbildung wurden drei wesentliche Zielvorstellungen herausgearbeitet:

- Wissen zum komplexen Krankheitsbild, Krankheitsverlauf und Pflegebedarf vermitteln
- Multiplikation der Fortbildungsinhalte durch die TeilnehmerInnen
- Auseinandersetzung mit eigenen Vorurteilen, um einer Diskriminierung von Menschen mit HIV und AIDS und suchtkranken Menschen entgegenzuwirken.

Wissensvermittlung und Multiplikation waren die primären Ziele der Fortbildung. Aspekte der Anti-Diskriminierung waren Bestandteil in jeder Veranstaltung. Sie bedürfen jedoch der langfristigen und vertrauensvollen Auseinandersetzung und des Wissens um landesspezifische (kulturelle-religiöse-historische) Hintergründe. Vertrauensaufbau und Wissenserweiterung zu landesspezifischen Hintergründen seitens der ProjektleiterInnen sollte mit dem Pilotprojekt erreicht werden. In der Pilotphase sollten erste Impulse und Denkanstöße über Diskriminierungstendenzen vermittelt werden. Eine Einstellungs- oder Verhaltensveränderung bedarf jedoch eines längerfristigen Prozesses, so dass auf diese Veränderungen in der Pilotphase und mithin ihrer Evaluation nicht fokussiert wurden. Forschungen hierzu sind dringend notwendig.

Die Ziele dieser Evaluation waren:

- Evaluation des Wissens der TeilnehmerInnen zum Krankheitsbild, Krankheitsverlauf und Pflegebedarf
- Evaluation der Multiplikation durch die TeilnehmerInnen
- Evaluation der Projektbeurteilung

5.2 Forschungsfragen und Hypothesen

Ziel war es zum einen zu evaluieren, ob sich das Wissen der TeilnehmerInnen veränderte und ob die TeilnehmerInnen ihr Wissen an KollegInnen weitervermittelten. Zum anderen wurde das Projekt von den TeilnehmerInnen selbst bewertet. Letztendlich sollte ihnen durch die Evaluation auch die Möglichkeit gegeben werden, Wünsche und Verbesserungsvorschläge anzubringen.

Die gesammelten Daten stützten sich auf die direkte Befragung der TeilnehmerInnen und umfassten vier Konstrukte.

- Konstrukt: objektives Wissen
 - Wissensfragen zu HIV und AIDS und insbesondere zu Infektionsrisiken
- Konstrukt: subjektives Wissen
 - Beurteilung des beruflichen HIV-Infektionsrisikos und zum Wissen über Schutzmassnahmen
- Konstrukt: Beurteilung der Fortbildung
 - Beurteilung des Wissens zu den thematischen Schwerpunkten der Fortbildung
 - Beurteilung der fünf Veranstaltungen
- Konstrukt: Multiplikation
 - Multiplikation der Inhalte

Folgende vier Hypothesen wurden überprüft:

Hypothese I:

Durch die Fortbildung erhöht sich das Wissen der TeilnehmerInnen zum Krankheitsbild HIV und AIDS.

Berichten von Human Rights Watch (Schleifer, 2006) und der WHO (Lekhan, Rudiy & Nolte, 2004) zufolge ist der Wissenstand im ukrainischen Gesundheitswesen zu HIV und AIDS sehr mangelhaft und die Ausbildung in diesem Bereich ungenügend (DeBell & Carter, 2005). Das Thema HIV und AIDS ist nicht Bestandteil der pflegerischen Ausbildung (Banzcyk & Wunnenberg, 2005). Daher war es primäres Anliegen der Fortbildung den Wissenstand der TeilnehmerInnen zu erhöhen, wobei in der begrenzten Zeit der

Wochenendveranstaltungen in erster Linie Basiswissen vermittelt werden konnte. Auch in der Überprüfung des Wissens zum Krankheitsbild HIV und AIDS wurde der Fokus auf Basiswissen gelegt.

Hypothese II:

Durch die Fortbildung erhöht sich das Wissen der TeilnehmerInnen zu wahrscheinlichen und unwahrscheinlichen Infektionswegen.

Die Vermittlung des Wissens zu Übertragungswegen war ein wichtiger Bestandteil der Fortbildung. Auch in der Evaluation wurde Wert darauf gelegt, auf unterschiedliche konkrete Übertragungsrisikosituationen einzugehen. Es wurde davon ausgegangen, dass einerseits Wissen zu (hoch)riskanten Infektionswegen die Gesundheit der Pflegekräfte schützt. Andererseits können das Wissen zu unwahrscheinlichen Infektionswegen und der daraus resultierende angstfreie Kontakt zu den PatientInnen bedeutsam für den Pflegealltag sein und für die psychosozialen Interaktionen zwischen Pflegekräften, PatientInnen und deren Angehörige. Zudem können die Pflegekräfte von den Angehörigen als Vorbild genommen werden für deren tägliches Miteinander mit den PatientInnen.

Hypothese III:

Durch die Fortbildung wird das berufliche Infektionsrisiko von den TeilnehmerInnen geringer eingeschätzt.

Human Rights Watch berichtet, dass ukrainische ÄrztInnen und Pflegekräfte Angst haben, sich während der Arbeit anzustecken und daher eine schlechtere bis hin keine Behandlung anbieten (Schleifer, 2006). Nach Gold, Tomkins, Melling & Bates (2004) haben die meisten Pflegekräfte Angst vor einer beruflichen Infektion, was einen (potenziell negativen) Einfluss auf Pflege und Behandlung hat. Sie sehen in der Reduzierung dieser Ängste einen integralen Part im Umgang mit der HIV-Epidemie. Mit der Evaluation wurde die Angst der TeilnehmerInnen vor einer beruflichen Infektion anhand einer subjektiven Einschätzung erfragt und überprüft, wie sich die Einschätzungen im Verlauf der Fortbildung verändern.

Hypothese IV:

Durch die Fortbildung erhöht sich das Wissen der TeilnehmerInnen zu beruflichen Schutzmassnahmen.

Eine weitere Annahme war, dass das Wissen über berufliche Schutzmaßnahmen zum Abbau der Ängste der Pflegekräfte beitragen kann. Grundannahme war, dass ohne das nötige Wissen ein bewusstes Schutzverhalten nicht möglich ist. In der Fortbildung wurde darauf hingewiesen, dass es keiner „HIV-spezifischen“ Schutzmaßnahmen bedarf, sondern der Einhaltung grundsätzlicher Hygieneregeln und Infektionsprophylaxen, um sich während der Berufsausübung zu schützen. Mit dem Wissen bzw. der Einhaltung von Hygienestandards und Infektionsprophylaxen ist eine Übertragung von HIV auf Pflegekräfte nahezu ausgeschlossen (Wierz und Kuhlenkamp, 1997). Auch das Wissen um Schutzmaßnahmen wurde anhand einer subjektiven Einschätzung durch die TeilnehmerInnen erhoben.

Anhand der Informationen die den ProjektleiterInnen in der Konzeption der Fortbildung vorlagen, zeigte sich, dass an der Fortbildung TeilnehmerInnen mit und ohne Erfahrungen in der Pflege von Menschen mit HIV und AIDS teilnehmen würden. Diese Differenzierung wurde in die Hypothesengenerierung aufgenommen und alle vier Hypothesen auch für diese Subgruppen betrachtet. Grundannahme war, dass aufgrund der Vermittlung von Basiswissen TeilnehmerInnen ohne Erfahrungen einen größeren Benefit hatten, als TeilnehmerInnen mit Erfahrungen. Bspw. ist die dazugehörige erste Hypothese für die Subgruppen: *Das Wissen der TeilnehmerInnen, die noch keine Erfahrung in der Hauskrankenpflege von Menschen mit HIV und AIDS hatten, nimmt stärker zu, als von TeilnehmerInnen, die bereits Menschen mit HIV und AIDS pflegten.*

In der Darstellung der Ergebnisse werden für die bessere Lesbarkeit lediglich deutliche Unterschiede dargestellt und an betreffender Stelle die Subgruppenhypothese benannt.

Da die Seminarinhalte erst im Vorfeld der Veranstaltungen konkretisiert wurden, wurden Daten zur Beurteilung der Veranstaltungen und zur Multiplikation retrospektive erhoben, die Ergebnisse deskriptiv dargestellt und keine Hypothesen formuliert.

5.3 Das Messinstrument

Für die Evaluation der Fortbildung wurde ein eigenes Messinstrument entwickelt, da vergleichbare Projekte in Osteuropa oder speziell in der Ukraine nicht durchgeführt wurden. Anfragen an ähnliche Projekte in westeuropäischen und anglo-sächsischen Ländern waren erfolglos. Somit können keine Vergleiche mit anderen Projekten vorgenommen werden.

Im Folgenden wird die Entwicklung des Fragebogens dargestellt und anschließend die Konstrukte und ihre Items vorgestellt.

5.3.1 Entwicklung des Fragebogens

Die Konstruktion erfolgte in mehreren Teilschritten, die von der Themeneingrenzung und Itemgenerierung bis hin zur Übersetzung reichte. Die Schritte der Fragebogenkonstruktion werden im Folgenden dargestellt. Das Messinstrument ist vollständig (deutsch und russisch) im Anhang nachzulesen.

Literaturrecherche und Expertengespräche zur Festlegung der Konstrukte

Im ersten Schritt wurde anhand von Gesprächen mit den LeiterInnen der Fortbildung und mittels einer Literaturrecherche, die HIV und AIDS Situation in der Ukraine, der Wissensstand über HIV und AIDS und das Verständnis von Pflege in osteuropäischen bzw. (post-)sozialistischen Ländern recherchiert.

Auf die Erhebung des Verständnisses der TeilnehmerInnen zu Pflege wurde verzichtet. Es wurde davon ausgegangen, dass sich dies nicht innerhalb eines Jahres in fünf Wochenendseminaren grundlegend verändern würde.

Die Evaluation wurde, neben der Erhebung von soziodemografischen und arbeitsbezogenen Daten, auf die Veränderung des Wissensstandes der TeilnehmerInnen fokussiert. Anregungen und Items wurden unter anderem der Repräsentativerhebung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung „AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2004“ (BZgA, 2005) entnommen, die seit 1987 in der deutschen Allgemeinbevölkerung durchgeführt wird. Weitere Anregungen fanden sich in

dem „Fragebogen zum Bundesmodellprogramm: Förderung der Pflegebereitschaft bei schwerkranken und sterbenden Menschen am Beispiel der Aids-Erkrankten“ (DAH, 1989).

Pre – Test

Aus logistischen und finanziellen Gründen war ein Pre – Test mit den ukrainischen TeilnehmerInnen oder anderen ukrainischen Pflegekräften nicht möglich. Daher konnten im Vorfeld keine Rückschlüsse gezogen werden, in wie weit die Items zu leicht oder zu schwer waren. Der Fragebogen wurde von fünf Pflegekräften des Felix – Pflorgeteams Berlin, von fünf Krankenschwestern und Krankenpflegern der immunologischen Tagesklinik des Vivantes Auguste- Viktoria - Klinikums Berlin und von einer Gruppe von StudentInnen des Studiengangs „Psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung“ an der Freien Universität zu Berlin ausgefüllt. Mit Verweis auf die Unkenntnis der ukrainischen Situation gab es wenig inhaltliche Kritik an dem Fragebogen. Er wurde aber als verständlich und handhabbar eingeschätzt.

Auf eine Reliabilitätsanalyse wurde grundsätzlich aufgrund der geringen Stichprobengröße verzichtet.

Übersetzung

Der Fragebogen wurde in die russische Sprache übersetzt, da nicht gewährleistet werden konnte, dass alle TeilnehmerInnen die ukrainische Sprache beherrschten. Russisch ist dagegen die Sprache die, aufgrund der jahrzehntelangen Zugehörigkeit zur Sowjetischen Union, von allen TeilnehmerInnen gesprochen wurde. Um Verzerrungen durch die Übersetzung der deutschen Items ins Russische zu minimieren, erfolgte diese von einer Muttersprachlerin. Zwei weitere MuttersprachlerInnen lasen die Übersetzung gegen, sowie ein Deutscher aus dem Studiengang Psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung“ an der Freien Universität zu Berlin der fließend Russisch spricht. Aus den Anregungen wurde eine endgültige Version erstellt.

5.3.2 Vorstellung der Items

Der Fragebogen wurde an drei Messzeitpunkten eingesetzt: Zu Beginn der ersten Veranstaltung ($t = 0$), zu Beginn der dritten Veranstaltung ($t = 1$) und am Ende der fünften und somit letzten Veranstaltung ($t = 2$). Zu allen Messzeitpunkten wurden soziodemografische Daten, sowie Daten zum objektiven und subjektiven Wissensstand erhoben. Zum zweiten und dritten Messzeitpunkt wurde zudem die Beurteilung der vorherigen Veranstaltungen erhoben.

Tabelle 2 zeigt die Erhebungszeitpunkte und ihre Items im Überblick.

Tabelle 2 Überblick über die Inhalte der Befragung pro Messzeitpunkt

Konstrukte und Items (Itemanzahl)	Messzeitpunkt		
	t0	t1	t2
objektives Wissen			
grundsätzliches Wissen zu HIV und AIDS (5 Items)	x	x	x
Wissen über Infektionswege (15 Items)	x	x	x
subjektives Wissen			
Einschätzung berufliches HIV-Infektionsrisiko (1 Item)	x	x	x
Einschätzung des Wissens über Schutzmassnahmen (1 Item)	x	x	x
Beurteilung der Fortbildung			
Einschätzung des Wissens/ Erfahrungszuwachs zu den Veranstaltungsthemen (14 Items)	x	-	x
Beurteilung der ersten Veranstaltung (13 Item)	-	x	-
Beurteilung der zweiten Veranstaltung (13 Item)	-	x	-
Beurteilung der dritten Veranstaltung (13 Item)	-	-	x
Beurteilung der vierten Veranstaltung (11 Item)	-	-	x
Beurteilung der fünften Veranstaltung (13 Items)	-	-	x
Gesamtbeurteilung der Fortbildung (8 Items)	-	-	x
Multiplikation der Veranstaltungsinhalte			
Multiplikation der ersten und zweiten Veranstaltungen (9 Items)	-	x	-
Multiplikation der dritten und vierten Veranstaltungen (7 Items)	-	-	x
Soziodemografische Daten (7 Items)	x	xN	xN
Zusätzliche Informationen über die TeilnehmerInnen			
Aufgaben der TeilnehmerInnen in der Hauskrankenpflege (11 Items)	x	-	-
Einschätzung der Hauptübertragungswege in der Ukraine (6 Items)	x	-	-
Erwartungen an das Seminar (7 Items)	x	-	-
bisheriger Informationenzugang zum HI-Virus (9 Items)	x	-	-
Wünsche zur zweiten und zur fünften Veranstaltung (2 Item)	x	-	-
Anzahl der PatientInnen mit ART (2 Items)	x	x	x
Bekanntheit des Begriffes Postexpositionsprophylaxe (1 Item)	x	x	x
Bekanntheit von HIV-positiven Risikogruppen (4 Items)	x	xN	xN
Beurteilung der HIV/AIDS - Situation in der Ukraine (10 Items)	x	-	x

Anmerkung. xN = Befragung von neuen TeilnehmerInnen.

Soziodemografische Daten

Während der Konzeption der Fortbildung und der Erstellung des Missinstruments lagen wenige Informationen über die TeilnehmerInnen vor. Bekannt war, dass Pflegekräfte aus unterschiedlichen Regionen der Ukraine kommen würden. Daher wurden neben dem Alter und Geschlecht Daten zur regionalen Verteilung erhoben. Zusätzlich gab es die

Information, dass nicht in allen Regionen ambulante Pflege für Menschen mit HIV und AIDS angeboten werden konnte. Daher wurden Items generiert, über die praktischen Erfahrungen in der Hauskrankenpflege und im speziellen in der Pflege von Menschen mit HIV und AIDS.

Zudem war bekannt, dass nicht nur Krankenschwestern und Krankenpfleger, sondern auch weitere MitarbeiterInnen der Sozialstationen an der Fortbildung teilnehmen sollten, die über keine medizinische Ausbildung verfügten. Diejenigen die keine medizinische Ausbildung hatten wurden von der Caritas Ukraine als SozialarbeiterInnen angekündigt. Auch wenn es in der Ukraine keine Ausbildung zur SozialarbeiterIn gibt übernehmen sie ähnliche Aufgaben wie es in West-Europa bekannt ist. Daher wurde diese Bezeichnung in der Befragung übernommen.

Konstrukt: objektives Wissen

Hypothese I: Durch die Fortbildung erhöht sich das Wissen der TeilnehmerInnen zum Krankheitsbild HIV und AIDS.

Das Wissen zum Krankheitsbild wurde mit sechs Items erhoben. Fünf wurden der Repräsentativerhebung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung „AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2004“ (BZgA, 2005) entnommen.

Stimmen Sie folgenden Aussagen zu? (Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz)	Ja	Nein	Weiß nicht
Ein HIV-Positiver ist gleichzeitig an AIDS erkrankt.	•	•	•
HIV ist heilbar.	•	•	•
Es gibt auch äußerliche Anzeichen, an denen Nicht-Mediziner erkennen können, ob jemand HIV-positiv ist? Wenn ja, welche:	•	•	•
Es gibt keine wirksame Impfung gegen HIV.	•	•	•
HIV ist ansteckend, wenn die Krankheit AIDS bei dem Menschen noch nicht ausgebrochen ist.	•	•	•

Mit dem folgenden sechsten Item wurde nach der größten Wahrscheinlichkeit einer Übertragung bei HIV, Hepatitis und Tuberkulose durch Wundkontakt gefragt. Tuberkulose

und Hepatitis stellen neben HIV ein weiteres wesentliches gesundheitliches Problem dar. (Lekhan, Rudy & Nolte, 2004, Schleifer, 2006). Die Gefahr einer Infektion mit HIV ist im Verhältnis zu Hepatitis äußerst gering (Wierz und Kuhlenkamp, 1997). Die Antwortmöglichkeit Tuberkulose war gleichzeitig eine Fangfrage, da sie zumeist aerogen übertragen wird, d.h. in sehr seltenen Fällen durch den Kontakt mit Blut (Hoffmann & Kamps, 2003).

Bei welcher Erkrankung besteht die größte Gefahr, sich durch eine offene Wunde mit infiziertem Blut anzustecken?	Hepatitis	•
	Tuberkulose	•
	HIV	•

Hypothese II: Durch die Fortbildung erhöht sich das Wissen der TeilnehmerInnen zu wahrscheinlichen und unwahrscheinlichen Infektionswegen.

Das Wissen zu Infektionswegen wurde mit 15 Items erhoben. Anregungen zu den Items gaben die Repräsentativerhebung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung „AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2004“ (BZgA, 2005), Gespräche mit den LeiterInnen der Fortbildung, sowie die Ausführungen zu Infektionswahrscheinlichkeiten in dem Buch HIV.NET 2003 (Hoffmann & Kamps, 2003). Die Infektionswege wurden für sehr wahrscheinliche und für sehr unwahrscheinlich alltägliche und berufliche Situationen erfragt. Bei der Befragung sollte nicht nur zwischen Ansteckung mit ja oder nein unterschieden werden, sondern es sollte der Grad des Infektionsrisikos eingeschätzt werden.

Für wie wahrscheinlich halten Sie die Gefahr, sich bei den folgenden Übertragungswegen mit HIV anzustecken! (Bitte jede Zeile beantworten)	sehr					
	wahr- scheinlich			unwahr- scheinlich		
wenn man ungeschützten Geschlechtsverkehr hat	•	•	•	•	•	•
wenn sich jemand Drogen spritzt mit einer Nadel, die vorher schon ein andere Drogengebraucher benutzt hat	•	•	•	•	•	•
wenn man beim Essen mit einem HIV-Infizierten gemeinsam Gläser, Geschirr und Besteck benutzt	•	•	•	•	•	•
während der Geburt von der HIV-positiven Mutter auf das Kind	•	•	•	•	•	•
wenn ein HIV-Positiver hustet oder niest	•	•	•	•	•	•
wenn man einen HIV-Positiven küsst	•	•	•	•	•	•
wenn man Verbände wechselt	•	•	•	•	•	•
wenn man das Blut eines HIV-Patienten in eine offene Wunde bekommt.	•	•	•	•	•	•
wenn man Infusionsflaschen wechselt	•	•	•	•	•	•
wenn man die selbe Injektionsnadel für mehrere Personen verwendet	•	•	•	•	•	•
wenn man einen Patienten körperlich untersucht	•	•	•	•	•	•
wenn man eine Braunüle legt	•	•	•	•	•	•
Wenn man von einer Mücke gestochen wird	•	•	•	•	•	•
wenn man Mund-zu-Mund oder Mund-zu-Nase Beatmung macht	•	•	•	•	•	•
wenn man eingekotete Bettwäsche des Patienten wechselt	•	•	•	•	•	•
wenn man sich an einer Injektionsnadel sticht	•	•	•	•	•	•

Konstrukt: subjektives Wissen

Hypothese III: Durch die Fortbildung wird das berufliche Infektionsrisiko von den TeilnehmerInnen geringer eingeschätzt.

Ängste vor einer beruflichen Infektionsgefahr wurden in Form einer subjektiven Einschätzung erhoben:

Wie hoch schätzen sie Ihr Risiko, sich mit HIV anzustecken, wenn Sie mit HIV-Positiven oder AIDS-Kranken arbeiten? (Bitte kreuzen Sie das Kästchen an, was am ehesten auf Sie zutrifft)					
hohes Risiko					kein Risiko
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hypothese IV: Durch die Fortbildung erhöht sich das Wissen der TeilnehmerInnen zu beruflichen Schutzmassnahmen.

Da im Vorfeld nicht bekannt war, welche Schutzmaßnahmen in der Ukraine verwendet werden, wurde das Wissen dazu auch anhand einer allgemeinen subjektiven Einschätzung erfragt.

Wie viel wissen Sie, wie Sie sich während Ihrer Arbeit vor der Übertragung mit HIV schützen können?					
sehr viel					gar nichts
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Konstrukt: Beurteilung der Fortbildung

Zur Beurteilung der Fortbildung wurden die Einschätzungen anhand der Veranstaltungstitel zum Wissensstand und zum Wunsch nach mehr Informationen erhoben. Die Items wurden dem Veranstaltungsplan der Fortbildung entnommen, mit Ausnahme der Veranstaltungsbezeichnung „Palliative Pflege“. Es wurde vermutet, dass nicht alle Befragte den Begriff kannten. Anstelle dieses Begriffes wurden die Hauptaspekte dieser Veranstaltung verwendet („Sterben von jungen Menschen“ und „Schmerztherapien“).

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile an, wie gut Sie über die Seminarthemen informiert sind und ob Sie mehr erfahren wollen.												
Wie gut sind Sie informiert?						Seminarthemen	Möchten Sie mehr erfahren?					
sehr gut					sehr schlecht		viel					nichts
1	2	3	4	5	6		1	2	3	4	5	6
•	•	•	•	•	•	Das HI-Virus: Wirkungsweise, Übertragungswege, Schutz vor Ansteckung	•	•	•	•	•	•
•	•	•	•	•	•	Suchterkrankungen	•	•	•	•	•	•
•	•	•	•	•	•	Opportunistische Infektionen	•	•	•	•	•	•
•	•	•	•	•	•	Die ART: Nebenwirkung, Therapie und Resistenzen	•	•	•	•	•	•
•	•	•	•	•	•	Sterben von jungen Menschen	•	•	•	•	•	•
•	•	•	•	•	•	Schmerztherapien	•	•	•	•	•	•

Innerhalb des Fortbildungsjahres wurden die inhaltlichen Aspekte jeweils im Vorfeld der entsprechenden Veranstaltung konkretisiert. Die Planung war abhängig von der Zeit, die die jeweiligen (Gast-)DozentInnen für die Vorbereitung der Veranstaltungen neben ihren beruflichen Verpflichtungen aufbringen konnten. Daher wurden für die Beurteilung der Veranstaltungen die subjektiven Einschätzungen der TeilnehmerInnen erhoben. Zum zweiten Messzeitpunkt wurden die vorangegangenen zwei Veranstaltungen und zum dritten Messzeitpunkt wurden die vorangegangenen drei Veranstaltungen beurteilt. Der Aufbau war für jede Veranstaltungsbeurteilung gleich, in dem nach einer allgemeinen Beurteilung gefragt wurde, ob die Aspekte an die Vorkenntnisse anknüpften und wie sie die Wissenserweiterung und die Alltagsrelevanz beurteilten. Im Folgenden werden die Items dargestellt, die für die erste Veranstaltung verwendet wurden. Die Items für die anderen vier Veranstaltungen sind im Anhang nachzulesen.

Haben Sie an dem Veranstaltungsblock im Dezember 2005 zu den Themen:
HIV und Übertragungswege, Diskriminierung von Menschen mit HIV/AIDS
teilgenommen?

ja • nein •

	sehr gut		sehr schlecht
Wenn ja, wie beurteilen Sie...			
...die inhaltliche Gestaltung dieses thematischen Blocks		● ● ● ● ● ●	
...die Art und Weise der Vermittlung durch die Dozenten		● ● ● ● ● ●	
...die Seminaratmosphäre		● ● ● ● ● ●	

Anmerkungen (bitte auf jeden Fall aufschreiben, wenn sie mit etwas unzufrieden sind!)

Die Seminarinhalte knüpfen an meine Vorkenntnisse an.	trifft völlig zu	● ● ● ● ● ●	trifft gar nicht zu
---	---------------------	-------------	------------------------

Nach dem Seminar weiß ich mehr über...	sehr viel mehr		gar nichts
...Aufbau und Vermehrung des HI-Virus		● ● ● ● ● ●	
...Übertragungswege		● ● ● ● ● ●	
...Postexpositionsprophylaxe		● ● ● ● ● ●	
...Diskriminierung von Menschen mit HIV und AIDS		● ● ● ● ● ●	

Dieses Wissen, das ich bekommen habe, ist für meinen Arbeitsalltag hilfreich...	sehr hilfreich		gar nicht hilfreich
...Aufbau und Vermehrung des HI-Virus		● ● ● ● ● ●	
...Übertragungswege		● ● ● ● ● ●	
...Postexpositionsprophylaxe		● ● ● ● ● ●	
...Diskriminierung von Menschen mit HIV und AIDS		● ● ● ● ● ●	

In der letzten Befragung wurden zusätzliche Items zur allgemeinen Beurteilung mit offener Fragestellung erhoben:

„Welche Veranstaltung hat Sie persönlich am meisten interessiert“

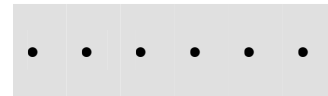
„Was sollte noch einmal wiederholt werden?“

„Welches Thema wäre Ihnen noch wichtig gewesen?“

Mit einem weiteren Item wurde die subjektive Einschätzung der TeilnehmerInnen im Sinne eines allgemeinen Resümees zur Fortbildung erhoben.

War das Seminar für ihre praktische Arbeit hilfreich?

sehr
hilfreich



A horizontal Likert scale with six points. The first point is filled, and the others are empty.

gar nicht
hilfreich

Konstrukt: Multiplikation

An der Fortbildung konnte nur eine begrenzte Anzahl teilnehmen. In der Konzeption waren 8 bis 15 TeilnehmerInnen geplant, die das erworbene Wissen an ihre KollegInnen weitervermitteln sollten. Daher wurde in der Befragung anhand der einzelnen Veranstaltungsinhalte erhoben, welche von den TeilnehmerInnen weitervermittelt wurden.

Zusätzliche Informationen über die TeilnehmerInnen

Für die Beschreibung der Gesamtstichprobe wurden Items erhoben, die (auch aufgrund des umfangreichen Datenmaterials) nicht für die Überprüfung der Hypothesen verwendet werden sollten, sondern zum besseren Verständnis über die TeilnehmerInnen beitragen sollten.

Zum ersten Messzeitpunkt wurde gefragt, welche Aufgaben die TeilnehmerInnen in der ambulanten Pflege übernahmen.

Welche Aufgaben gehören zu Ihrem Tätigkeitsbereich? (Bitte beantworten Sie jede Zeile)	ja	nein
Hilfe bei der Pflege des Patienten	•	•
Hilfe bei der Hausarbeit	•	•
Transport von Patienten von und zum Krankenhaus	•	•
Versorgung mit pflegerischen Hilfsmitteln (z.B. Seife, Wäsche)	•	•
Sterbebegleitung eines Patienten	•	•
Betreuung von Angehörigen nach dem Tod des Patienten	•	•
Materielle Hilfe (z.B. Nahrungsmittel)	•	•
Austeilen von Medikamenten	•	•
Patienten und Angehörige über HIV und AIDS aufklären	•	•
Hilfe bei rechtlichen und sozialen Fragen	•	•
Anleiten von neuen Kollegen und Kolleginnen	•	•
Andere Aufgaben: (Bitte hier aufschreiben!)		

Zusätzlich wurde zu Beginn erhoben, seit wann die TeilnehmerInnen von HIV wussten und welche Informationsquellen ihnen bisher zu Verfügung standen.

In welchem Jahr haben Sie das erste Mal von HIV gehört? (z.B. 2000 oder ca. 2000)	_____
--	-------

Durch wen oder was haben Sie sich bisher über HIV und AIDS informiert? (Mehrfachangaben möglich)	
TV	•
Artikel in Zeitungen/ Zeitschriften	•
Plakate, Broschüren/Infomaterial	•
Bekannte/Verwandte	•
durch die Arbeit	•
durch infizierte Freunde/Verwandte	•
in der Ausbildung	•
sonstiges: (Bitte hier aufschreiben)	•

Zudem wurde das Wissen zu den wichtigsten Infektionswegen in der Ukraine erfragt.

Wodurch haben sich die meisten Menschen in der Ukraine mit HIV infiziert? Kennzeichnen Sie die wichtigste Infektionsquelle mit einer 1 , die Zweitwichtigste mit einer 2 und die Drittwichtigste mit einer 3 .	homosexuelle und bisexuelle Kontakte	
	Intravenöser Drogengebrauch	
	Mutter-Kind-Transmission	
	Prostitution	
	Inhaftierten Menschen	
	Heterosexuelle Kontakte	

Des Weiteren wurde nach den Erwartungen der TeilnehmerInnen gefragt.

Welche Erwartungen haben Sie an die Fortbildung? (Mehrfachangaben möglich)	ja	nein	Weiß nicht
Wissensvermittlung zu HIV/AIDS	•	•	•
Erfahrungsaustausch mit Kollegen aus der Ukraine	•	•	•
Kennen lernen von deutschen AIDS-Hilfstrukturen	•	•	•
Kenntnisse zur Fortbildung von Kollegen erwerben	•	•	•
Kenntnisse zur Anleitung von Angehörigen der Patienten erwerben	•	•	•
Besuche in Berlin	•	•	•
Besuche in Kiew	•	•	•
Sonstiges: (Bitte hier aufschreiben)			

Für die inhaltliche Gestaltung der Seminarveranstaltungen wurde anhand offener Antwortformate nach den Wünsche zu den Veranstaltungen zur Antiretrovirale Therapie und zu opportunistischen Infektionen gefragt.

Aufgrund der wechselnden und wachsenden Anzahl der TeilnehmerInnen wurde an allen drei Messzeitpunkten der Bekanntheitsgrad von Hauptbetroffenengruppen erhoben, wie viele PatientInnen sie pflegten, die eine Antiretrovirale Therapie erhielten und, ob sie den Begriff der Postexpositionsprophylaxe kannten.

Es gibt verschiedene Gruppen von HIV-positiven Personen. Bitte geben Sie für jede der folgenden Gruppen an, wie bekannt Ihnen die Lebenswelten von Menschen aus diesen Gruppen sind.	sehr					
	bekannt			nicht bekannt		
HIV-positive homosexuelle Menschen	•	•	•	•	•	•
HIV-positive bisexuelle Männer	•	•	•	•	•	•
HIV-positive heterosexuelle Menschen	•	•	•	•	•	•
HIV-positive Drogengebrauchende Menschen	•	•	•	•	•	•

Wie viele der von Ihnen betreuten Patienten erhalten eine Antiretrovirale Therapie (ART)?		
Bitte hier die	keine Patienten	weiß nicht
Anzahl eintragen:	•	•

Wissen Sie, was eine Postexpositionsprophylaxe ist?	ja	•
	nein	•

Letztendlich wurden als weitere zusätzliche Information Items zur Beurteilung der medizinischen und psychosozialen Versorgung und Präventionsmöglichkeiten erhoben. Die Fortbildung hatte einerseits das Ziel Wissen zum komplexen Krankheitsbild von HIV und AIDS zu vermitteln. Andererseits sollte eine Auseinandersetzung über Vorurteile stattfinden, um der Diskriminierung von HIV-positiven Menschen und suchtkranken Menschen entgegen wirken zu können. Die Items wurden am Anfang und am Ende der Fortbildung erhoben.

Stimmen Sie folgenden Aussagen zu? (Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz)	stimme					
	stimme zu			nicht zu		
Alle HIV-positiven Menschen haben einen Anspruch auf HIV-spezifische Medikamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menschen mit HIV und AIDS sollten zum Schutz der gesunden Bevölkerung außerhalb von Städten untergebracht werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV-positive Personen sollten bestimmte Berufe nicht mehr ausüben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die weitere Ausbreitung von HIV in der Drogenszene kann durch die öffentliche Vergabe von sterilen Spritzen eingedämmt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menschen mit HIV und AIDS sollten Opiate zur Linderung ihre Schmerzen bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV-Positive sollten in ihrem Sexualleben kontrolliert werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch ungeschützten Sex in der Prostitution verbreitet sich das Virus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menschen mit HIV und AIDS können über ihre Infektion in der Ukraine nicht sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ein kranker Mensch erzählt, dass er HIV positiv ist, verliert er viele Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV-Positiven sollte ein breites Betreuungsangebot zur Verfügung haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen zu den Auswertungsstrategien

Im Folgenden werden allgemeine Auswertungsstrategien zur Überprüfung der Hypothesen dargestellt. Welche Testverfahren konkret angewendet wurden, wird zum späteren Zeitpunkt beschrieben.

Inferenzstatistische Auswertungen setzen hinreichend große Stichproben, normalverteilte Daten und Varianzhomogenität voraus. Sind diese Voraussetzungen nicht erfüllt wird auf parametrische Verfahren zurückgegriffen (vgl. Bortz, 2004). Einige der eingesetzten Auswertungsverfahren haben sich als relativ robust gegenüber Verletzungen der Voraussetzungen erwiesen (wie bspw. der T-Test), so dass die Verfahren auch bei diesen Daten angewendet werden.

Die Überprüfung des objektiven Wissens erfolgte nicht nur auf der Einzel-Itemebene, sondern zusätzlich über die Bildung eines Gesamtwissensscores. Ein Item, das der Befragung der BZgA entnommen wurde, wurde nicht in die Auswertung miteinbezogen, da es aus medizinischer Sicht keine eindeutig richtige Antwort auf dies Frage gibt („*Es gibt*

auch äußerliche Anzeichen, an denen Nicht-Mediziner erkennen können, ob jemand HIV – positiv ist“). Der Wert fünf stellte somit im Wissensscore die maximal erreichbare Anzahl dar.

Items bei denen nur Extremwerte angekreuzt wurden, wurden in der Auswertung dichotomisiert. Dabei handelte es sich um die Items zum Wunsch nach Erfahrungszuwachs und die Beurteilung der Fortbildung. Auch die Items zur Bewertung der medizinischen Versorgungssituation, zur psycho-sozialen Situation der Betroffenen und zum Bekanntheitsgrad HIV-positiver Menschen wurden dichotomisiert.

Umgang mit fehlenden Werten

Die Daten wurden auf fehlende Werte hin geprüft. Dabei zeigte sich, dass fehlende Werte seltener als 0.5% waren. Fehlende Antworten wurden als falsche Antwort gewertet.

5.3.3 Durchführung der Befragung

Die erste Befragung wurde zu Beginn der ersten Veranstaltung durchgeführt, nachdem sich alle Anwesenden vorgestellt hatten und der Veranstaltungsablauf vorgestellt wurden war. Der zweite Messzeitpunkt lag zu Beginn der dritten Veranstaltung. Der dritte Messzeitpunkt lag am Ende der letzten Veranstaltung, um auch eine Beurteilung der letzten Veranstaltung ermöglichen zu können. Den TeilnehmerInnen wurde vor allen Befragungen das Anliegen der Untersuchung erläutert und Anonymität zugesichert. Die durchschnittliche Bearbeitungszeit betrug zwischen 30 bis 45 Minuten. Für Fragen waren die Autorin und die Übersetzerin anwesend.

5.3.4 Zusammensetzung des Datensatzes

Das Studiendesign (drei verschiedene Zeitpunkte) führte in Kombination mit einer anwachsenden und in Teilen wechselnden Beteiligung zu messzeitspezifischen Teilnahmeraten. Insgesamt wurden an den drei Messzeitpunkten 29 TeilnehmerInnen befragt. Davon konnten 18 Befragte anhand der anonymen Codes allen drei Messzeitpunkten zugeordnet werden. Der Datensatz der 29 TeilnehmerInnen wird zur Beschreibung der Gesamtgruppe verwendet. Zudem werden als QuerschnitteilnehmerInnen Personen bezeichnet, die an einem oder zwei der drei Messzeitpunkte befragt wurden ($n = 11$). Zur

Überprüfung der Hypothesen und der Beurteilung der Fortbildung wurden die Personen eingeschlossen, die sich zu allen drei Messzeitpunkten beteiligten. Diese werden als LängsschnitteilnehmerInnen bezeichnet ($n = 18$).

Die Zusammensetzung der Datensätze wird in den Tabelle 3 und 4 und in Abbildung 1 veranschaulicht.

Tabelle 3 *Überblick messzeitbezogene Beteiligungsquoten*

Zeitpunkt	TeilnehmerInnen (Abwesende)			Summe pro Messzeitpunkt
	ab Messzeitpunkt t0	ab Messzeitpunkt t1	ab Messzeitpunkt t2	
t0	22	-	-	22
t1	18 (4)	4	-	22
t2	18 (4)	4 (0)	3	25

Tabelle 4 *Überblick der verwendeten Stichproben*

QuerschnitteilnehmerInnen		LängsschnitteilnehmerInnen	
Teilnahme Messzeitpunkt 1	Teilnahme Messzeitpunkte 2	Teilnahme Messzeitpunkte 3	Gesamtgruppe
7	4	18	29

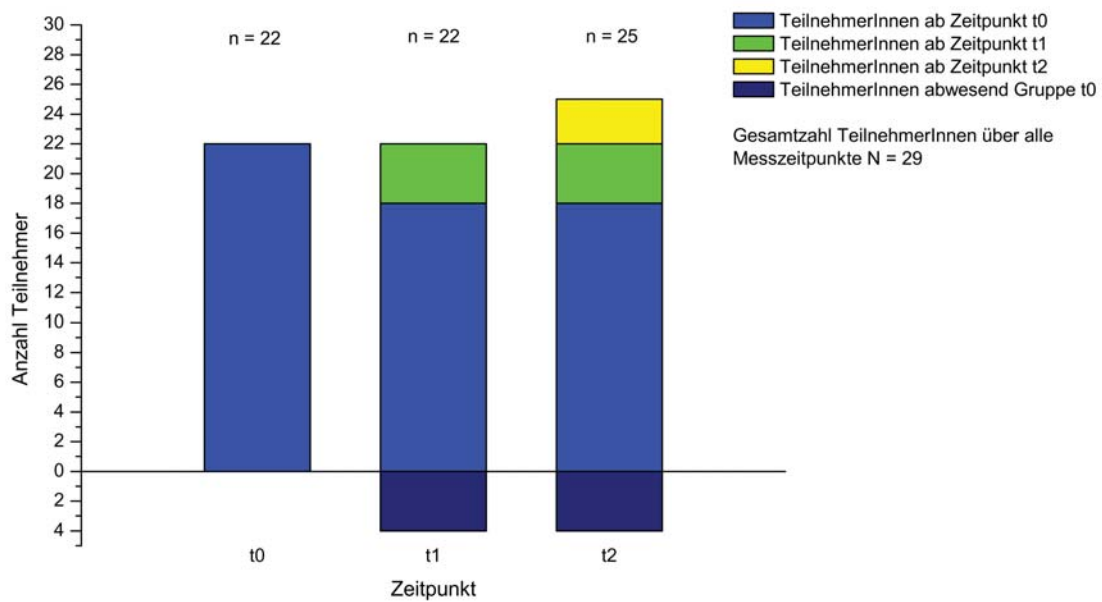


Abbildung 1 Messzeitbezogene Beteiligungsquoten

5.3.5 Beschreibung der Gesamtstichprobe

Im Folgenden werden soziodemographische Daten (Alter, Geschlecht, Orte, sowie Ausbildung und Erfahrungen mit Hauskrankenpflege) der Gesamtstichprobe (N = 29) beschrieben. Anschließend werden die Items dargestellt, die zusätzliche Informationen erhoben und nicht in die Hypothesenprüfung eingingen.

Das durchschnittliche Alter der TeilnehmerInnen betrug 36 Jahre ($M = 36,2$, $SD = 10,5$; Range 23 - 53). Mit 26 Personen bestand der Großteil der Gruppe aus Frauen (89,7%).

Die TeilnehmerInnen kamen aus vier geographischen Gebieten der Ukraine. Zwölf SeminarteilnehmerInnen (41,3%) kamen aus der West-Ukraine, aus den Regionen Ivano-Frankiv's'k, L'vi, Chmel'nyč'kyj und Ternopil-Stadt. Sieben Befragte (24,1%) kamen aus der Süd-Ukraine (Odessa-Stadt), und sechs Personen (20,7%) aus dem Osten der Ukraine

(Region und Stadt Donetsk). Aus der Mitte der Ukraine (Region und Stadt Kiew) kamen weitere vier Personen (13,8%).

Von den 29 Befragten waren 22 ausgebildete Krankenschwestern und Krankenpfleger⁷ (75,9%), und sieben waren SozialarbeiterInnen⁸ (24,1%).

Praktische Erfahrungen in der Hauskrankenpflege hatten 27 TeilnehmerInnen (93,1). Ihre Berufserfahrung reichte von drei Monaten bis zu acht Jahren ($M = 37,5$ Monate; $SD = 26,2$), bei derzeit 20 bis 160 Stunden Arbeitszeit im Monat ($M = 111,4$ Stunden; $SD = 47,1\%$).

Von diesen 27 arbeiten 14 TeilnehmerInnen ausschließlich mit alten und invaliden Menschen (51,8%) und 13 arbeiteten auch oder ausschließlich mit Menschen mit HIV und AIDS (48,2%). Der Vergleich dieser zwei Gruppen ergab keine relevanten Unterschiede für die Variable Alter und Geschlecht. Die regionale Verteilung zeigte, dass die TeilnehmerInnen ohne Erfahrungen in der Mehrzahl aus der West-Ukraine kamen (63,6%), wohingegen die Mehrzahl der TeilnehmerInnen mit Erfahrungen aus der Ost-Ukraine war (71,4). In beiden Gruppen waren jeweils drei SozialarbeiterInnen vertreten, so dass in der Gruppe ohne Erfahrungen mehr medizinische Fachkräfte waren, als in der Gruppe mit Erfahrungen. In wieweit es durch die dargestellten Unterschiede zu Verzerrungen in der Stichprobe kam, ist aufgrund der kleinen Stichprobe nicht nach zu weisen.

Tabelle 5 zeigt die soziodemographischen Daten der Gesamtgruppe im Überblick

⁷ Das Abschlussjahr war zwischen 1972 und 2003 ($M = 1991$; $SD = 10,65$). Vier dieser TeilnehmerInnen hatten zudem eine Ausbildung in Biologie, Lehramt, Pädagogik und eine Fortbildung zum „Berater für Adherence bei HAART.“

⁸ Diese Teilnehmerinnen waren ausgebildet in Buchhaltung, EDV, Lehramt, Pharmazie und Theologie. Ihre Abschlüsse beendeten sie zwischen 1981 und 2004 ($M = 1992$; $SD = 11,03$). Zwei Sozialarbeiter hatten keinen Ausbildungsabschluss.

Tabelle 5 Soziodemographische Daten der Gesamtstichprobe (N = 29)

	Anzahl	%
Geschlecht		
weiblich	26	89.7
männlich	3	10.3
Orte		
West-Ukraine	12	41.3
Süd-Ukraine	7	24.1
Ost-Ukraine	6	20.7
Mittel-Ukraine	4	13.8
Ausbildung		
Krankenpflege	22	75.9
Sozialarbeit	7	24.1
Erfahrungen mit Hauskrankenpflege		
ja	27	93.1
nein	2	6.9
Erfahrung mit der Pflege von HIV/AIDS-PatientInnen		
ja	13	48.2
nein	14	51.8
	M (SD)	Range
Arbeitsdauer (Monate)	37.5 (26.2)	3 – 96
Arbeitsumfang (Stunden)	111.4 (47.1)	20 -160
Alter (Jahre)	36.2 (10.5)	23 – 53

Anmerkungen. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung. % = Prozent.

Zusätzliche Informationen über die TeilnehmerInnen

Mit elf Items wurden Aufgaben der TeilnehmerInnen in der Hauskrankenpflege erhoben (Mehrfachnennungen). Es zeigte sich, dass die Pflege von fast allen durchgeführt wurde (95.2%). Weiter häufig ausgeführte Aufgaben waren, „Hilfe bei der Hausarbeit“ (90.5%), „Transporte von und zum Krankenhaus“ (90.5%), sowie das „Austeilen von Medikamenten“ (85.7%), die „Versorgung mit pflegerischen Hilfsmitteln“ (81%) und das „Anleiten von neuen KollegInnen“ (85.7%). Bei mehr als der Hälfte der Befragten zählten auch Aufgaben wie „materielle Hilfe (z.B. Nahrungsmittel)“ (76.2%), „Hilfe bei rechtlichen und sozialen Fragen“ (61.9%) und „Sterbebegleitung“ (52.4%) dazu. Weniger Befragte klärten PatientInnen und Angehörige über HIV und AIDS auf (42.9%) und am wenigsten wurden Angehörige nach dem Tod betreut (9.5%). Betrachtet man die Gruppe getrennt nach deren Ausbildungshintergrund fiel auf, dass alle Krankenschwestern/Krankenpfleger die

Pflege von Patientinnenangaben (100%), wohingegen alle SozialarbeiterInnen die materielle Hilfe (z.B. Nahrungsmitteln) angaben (100%).

Welche Betroffenengruppen den TeilnehmerInnen bekannt waren, wurde mit vier Items erhoben (Likertskala mit sechs = gar nicht bekannt). HIV-positive Menschen, die intravenös Drogen gebrauchen, waren den TeilnehmerInnen die am bekanntesten Lebenswelten ($M = 2,8$; $SD = 2,0$). HIV-positive heterosexuelle Menschen waren im Durchschnitt die zweitgrößte Gruppe die sie kannten ($M = 3,6$; $SD = 2,1$). Am wenigsten bekannt waren ihnen HIV-positive bisexuelle Menschen ($M = 4,6$; $SD = 1,7$) und HIV-positive homosexuelle Menschen ($M = 4,5$; $SD = 1,9$).

Zudem wurde erhoben, seit wann und wodurch die TeilnehmerInnen Informationen zu HIV und AIDS bekamen (Mehrfachnennungen). Vom HI-Virus hörten die Befragten im Durchschnitt 1990 das erste Mal ($SD = 6,31$; Range 1980 - 2000). Die meisten Informationen erhielten sie seitdem durch das Fernsehen (86,4%) und durch Zeitungen (81,8%). 72,7 Prozent der TeilnehmerInnen informierte sich während der Arbeit und durch Informationsmaterialien. Die Hälfte aller befragten TeilnehmerInnen (50%) erhielten Informationen während der Ausbildung. Am Seltensten konnten sie sich im Bekannten- und Verwandtenkreis (22,7%) oder bei infizierten Freunden oder Bekannten (13,6%) über HIV und AIDS informieren.

Nach Einschätzung der TeilnehmerInnen sind die wichtigsten Transmissionswege in der ukrainischen Bevölkerung der intravenöse Drogenabusus (95%) und die Gefahr der Ansteckung in Gefängnissen (62,5%). Die zweitwichtigsten Infektionsrisiken sehen sie bei heterosexuellen Kontakten (60%) und in der Prostitution (46,7). Die Übertragung durch die Mutter-Kind-Transmission schätzen sie als eines der drittwichtigsten Risiken (42,9%) ein.

Aussagen zur Situation HIV positiver Menschen und der Umgang mit ihnen in der Ukraine wurden mit zehn Items erhoben (Likertskalen mit sechs = stimme nicht zu). Diese wurden von allen TeilnehmerInnen nahe zu vollständig und eindeutig zugestimmt, indem die Extremwerte der Skala verwendet wurden. Aufgrund des Antwortverhaltens wurden diese Skalenwerte in der Auswertung dichotomisiert (eins bis drei = stimme zu; vier bis sechs = stimme nicht zu). Dass sich das HI-Virus durch ungeschützten Sex in der Prostitution verbreitet stimmten nahe zu alle TeilnehmerInnen zu (96,6%). Der

Präventionsmöglichkeit einer öffentlichen Vergabe von sterilen Spritzen, wurde ebenfalls deutlich zugestimmt (85,7%). Aussagen zur medizinischen Versorgung befürworteten nahezu alle für den Anspruch auf HIV-spezifische Medikamente (96,6%) und die Anwendung von Opiaten zur Schmerzlinderung (75%). Zur psycho-sozialen Situation stimmten fast alle dem Anspruch auf ein breites Betreuungsangebot zu (96,6%) und dass HIV-infizierten Menschen nicht außerhalb von Städten untergebracht werden sollten (96,4%). Viele stimmten der Aussage zu, dass von HIV oder AIDS Betroffene viele Freunde verlieren, wenn sie von ihrer Infektion erzählen (75%), und knapp die Hälfte, dass HIV-Positive und AIDS-Kranke in der Ukraine nicht über ihre Infektion sprechen können (51,7%). Einer eingeschränkte Berufsausübung stimmten nahe zu ein Viertel zu (25,9%) und noch weniger, einer Kontrolle des Sexuallebens von HIV-Positiven (21,4%).

Für die Erwartungen an das (Mehrfachnennungen), zeigte sich, dass alle deutsche AIDS-Hilfstrukturen kennen lernen wollten (100%) und sich die meisten eine Wissensvermittlung zu HIV und AIDS erwarteten (86,4%). Über 70 Prozent erwarteten zudem einen Erfahrungsaustausch mit KollegInnen aus der Ukraine (77,3%) und Kenntnisse zur Fortbildung von KollegInnen zu erwerben (77,3%). Über die Hälfte gab Besuche in Berlin (59,1%) und Kenntnisse zur Anleitung von Angehörigen der PatientInnen (54,5%) an. Weniger als die Hälfte erhoffte sich Aufenthalte in Kiew (45,5%).

Für die inhaltliche Gestaltung der Veranstaltung „ART: Nebenwirkung, Therapie und Resistenzen“, wurde zusätzliches erfragt, wer bereits PatientInnen versorgt, die eine Antiretrovirale Therapie (ART) erhalten und ob die TeilnehmerInnen den Begriff der Postexpositionsprophylaxe kannten.

Für die Vorbereitungen der Fortbildung wurde nach den Wünschen der TeilnehmerInnen zu ART und zu opportunistischen Infektionen gefragt. Antiretrovirale Medikamente gehörten bei zehn TeilnehmerInnen (76,9%) der insgesamt 13, die bereits mit Menschen mit HIV und AIDS arbeiten, zum Arbeitsalltag dazu. Postexpositionsprophylaxe war weniger als einem Fünftel der SeminarteilnehmerInnen bekannt (15,4%). Wünsche bezüglich der ART - Veranstaltung waren, „alles“ bzw. „je mehr desto besser“ (13,7%). Mit jeweils zwei Angaben waren weitere Wünsche „Effektivität“ (6,8), „Verträglichkeiten mit anderen Medikamenten“ (6,8%) und „Nebenwirkungen“ (6,8%). Einmalige Wünsche

bezogen sich auf „Notwendigkeit in der Schwangerschaft“ (3,4%) und „effektive Schmerzbehandlung um opportunistische Infektionen zu behandeln“ (3,4%),

Wünsche bezüglich der Veranstaltung zu opportunistischen Infektionen lauteten: „alles“ (24,1%) und „Tuberkulose“ (20,5%), sowie mit jeweils einer Nennung (3,4%): „Candida, CMV“, „cerebrale Toxoplasmose“, „Herpes“, „Lungenentzündung“ und „psychische Krankheiten“. Ein Wunsch betraf den pflegerischen Aspekt der Behandlung von „Dekubitus“.

Zusammenfassung der zusätzlichen Informationen

Die Befragten führten bereits alle Aufgaben der Pflege durch die auch in Westeuropa angeboten werden, so dass von einer gleichen Basis ausgegangen werden kann.

Ein Schwerpunkt der Fortbildung beschäftigte sich ausführlich mit Sucht und Suchterkrankungen. Die Notwendigkeit bestätigt sich, da HIV-positive drogengebrauchende Menschen den TeilnehmerInnen am Vertrautesten waren und vermutlich auch weil sie die größte Gruppe von zu pflegenden in der ambulanten Pflege der Caritas Ukraine darstellten.

Die TeilnehmerInnen hatten im Durchschnitt 1990 das erste Mal vom HI-Virus erfahren, wobei sie seitdem die meisten Informationen aus dem Fernsehen oder durch Zeitungen erhielten. Nur die Hälfte hatte das Thema bereits während ihre Ausbildung. Die Notwendigkeit der Fortbildung kann hieran besonders gut verdeutlicht werden und belegt die in der Literatur beschriebene inadäquate Ausbildung im Bereich HIV und AIDS.

Die meisten Befragten wollten Informationen zu den deutschen AIDS-Hilfestrukturen und zum Krankheitsbild HIV und AIDS, was in der Fortbildung berücksichtigt wurde. Zudem zeigte sich das die TeilnehmerInnen daran interessiert waren, sich mit ihren KollegInnen auszutauschen und ihr Wissen zu multiplizieren.

6. Ergebnisse

Zur Überprüfung der Hypothesen wurde der Datensatz der LängsschnitteilnehmerInnen verwendet. Zunächst wurde überprüft, ob sich QuerschnitteilnehmerInnen ($n = 11$) und LängsschnitteilnehmerInnen ($n = 18$) in relevanten soziodemographischen Merkmalen und im objektiven und subjektiven Wissen unterschieden.

Um prinzipiell die Hypothesen zu prüfen, wurden alle intervallskalierten Daten, anhand des des Kolmogorov – Smirnov – Tests auf Normalverteilung überprüft. Die Skalen wurden für die Gesamtstichprobe, sowie für die Quer- und LängsschnitteilnehmerInnen geprüft. Alle Skalen, die nicht aufgrund ihrer Extremwerte dichotomisiert wurden, erwiesen sich in allen Stichproben als normalverteilt.

6.1 Überprüfung der Längs- und QuerschnitteilnehmerInnen

Der Vergleich der soziodemographischen Daten der Quer- und LängsschnitteilnehmerInnen zeigte keine substanziellen Unterschiede in den Variablen Alter und Geschlecht. Geringfügige Unterschiede zeigten sich für die regionale Verteilung und für die Variablen Ausbildung und Hauskrankenpflege. In der Querschnittsstichprobe waren keine TeilnehmerInnen aus dem Osten der Ukraine und weniger SozialarbeiterInnen vertreten. Im Gegensatz zur Längsschnittstichprobe hatten alle QuerschnittsteilnehmerInnen bereits in der Hauskrankenpflege gearbeitet. Sie hatten ein höheres Arbeitsvolumen gemessen an den Berufsjahren und ein niedriges Arbeitsvolumen gemessen an Arbeitsstunden. In der Längsschnittstichprobe waren vergleichsweise mehr Personen, die noch nicht Menschen mit HIV und AIDS gepflegt hatten

Tabelle 6 zeigt den Vergleich der Quer – und Längsschnittstichproben im Überblick.

Tabelle 6 Soziodemographische Daten der Quer – und Längsschnittstichprobe

	Querschnitt N = 11	Längsschnitt N = 18
	Anzahl (%)	Anzahl (%)
Geschlecht		
weiblich	9 (81.8)	17 (94.4)
männlich	2 (18.2)	1 (5.6)
Orte		
West-Ukraine	5 (45.5)	7 (38.9)
Süd-Ukraine	5 (45.5)	2 (11.1)
Ost-Ukraine	-	6 (33.3)
Mittel-Ukraine	1 (9.1)	3 (16.7)
Ausbildung		
Krankenpflege	10 (90.9)	12 (66.7)
Sozialarbeit	1 (9.1)	6 (33.3)
Erfahrungen mit Hauskrankenpflege		
ja	11 (100)	16 (88.8)
nein	-	2 (11.1)
Erfahrung mit der Pflege von HIV/AIDS-PatientInnen		
ja	5 (45.5)	7 (38.9)
nein	6 (54.5)	11 (61.1)
	M (SD) Range	M (SD) Range
Arbeitsdauer (Jahre)	40.5 (27.7) 4 - 96	35.3 (25.7) 3 – 84
Arbeitsumfang (Stunden)	85.3 (59.7) 20 -160	128.1 (27.9) 60 -160
Alter (Jahre)	37.4 (9.0) 23 - 53	35.6 (11.4) 23 – 53

Anmerkungen. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung. % = Prozent.

Anschließend wurde der Wissensstand zwischen Längs- und QuerschnitteilnehmerInnen im T-Test für unabhängige Stichproben auf Unterschiede hin überprüft. Die Daten der Erstbefragung wurden dementsprechend als Ausgangswissen definiert. Es zeigten sich auch hierbei keine relevanten Unterschiede im objektiven oder subjektiven Wissen, wobei insgesamt auffiel, dass die Längsschnittstichprobe ihr Wissen zu den Veranstaltungsthemen durchweg schlechter beurteilte. Ein deutlicher, aber nicht signifikanter Unterschied zeigte sich in der Beurteilung des Wissenstandes zum Veranstaltungsthema „Sucht und Suchterkrankungen“, welchen die Längsschnittstichprobe höher einschätzte als die Querschnittsstichprobe.

In Tabelle 7 sind die Ergebnisse zusammengefasst.

Tabelle 7 Ergebnisse des Wissensstands der Quer – und Längsschnittstichprobe

	Querschnitt	Längsschnitt	p	t
	N = 11	N = 18		
	M (SD)	M (SD)		
Objektives Wissen				
Wissensscore Allgemeinwissen	2,5 (1,2)	3,0 (1,3)	> ,05	-1,263
Subjektives Wissen				
Einschätzung berufliches Infektionsrisiko	4,1 (1,4)	4,7 (1,0)	> ,05	-1,242
Einschätzung des Wissens über Schutzmassnahmen	2,4 (1,4)	2,7 (1,6)	> ,05	-,473
Einschätzung des Wissens zu den Veranstaltungsthemen				
„Wirkungsweise HI-Virus, Übertragung, Schutz vor Ansteckung“	3,2 (2,0)	3,4 (1,5)	> ,05	-0,344
„ART: Nebenwirkung, Therapie, Resistenzen“	3,4 (2,0)	4,3 (1,7)	> ,05	-1,322
„Sterben von jungen Menschen“ (Palliative Pflege)	3,8 (1,9)	3,8 (1,7)	> ,05	-0,008
„Schmerztherapien“ (Palliative Pflege)	3,9 (1,8)	4,4 (1,6)	> ,05	-0,698
„Sucht und Suchterkrankungen“	3,5 (1,9)	2,5 (1,1)	> ,05	1,534
„Opportunistischen Infektionen“	3,4 (1,9)	4,0 (1,5)	> ,05	-0,909

Anmerkungen. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung.

Zusammenfassung der Ergebnisse des Gruppenvergleichs

Der Vergleich der TeilnehmerInnen die mindestens einmal an der Fortbildung teilnahmen (Querschnittstichprobe) mit den TeilnehmerInnen, die an allen drei Messzeitpunkten anwesend waren (Längsschnittstichprobe) zeigte keine relevanten Unterschiede in den soziodemografischen Daten oder dem Ausgangswissen.

Lediglich in der Einschätzung des Wissens hinsichtlich des Seminarthemas „Sucht und Suchterkrankungen“ zeigte sich, dass die TeilnehmerInnen der Längsschnittuntersuchung ihr Ausgangswissen besser einschätzten. Gleichzeitig wurde für alle anderen vier Veranstaltungsaspekte das Ausgangswissen von den LängsschnittteilnehmerInnen schlechter bewertet.

6.2 Überprüfung der Hypothesen

Im Folgenden wird anhand der Überprüfung der vier Hypothesen dargestellt, inwiefern sich das Wissen der TeilnehmerInnen zu grundsätzlichen Aspekten der HIV und AIDS Erkrankung, so wie das Wissen zu Übertragungswegen und zu Schutzmassnahmen verbesserte und in wie weit sich die Einschätzung des beruflichen Infektionsrisikos etwas verringerte. Anschließend wird zur Beurteilung der Fortbildung deskriptiv dargestellt, wie die TeilnehmerInnen subjektiv ihre Wissenserweiterung pro Seminarveranstaltung einschätzten, welche Veranstaltungsthemen für den Alltag relevant waren und welche Themen an KollegInnen, die nicht an der Fortbildung teilnahmen, multipliziert wurden.

Zur Überprüfung der Hypothesen wurde die Stichprobe der 18 TeilnehmerInnen verwendet. Zudem wurde die Stichprobe in zwei Gruppen geteilt ($n = 11$ und $n = 7$) und der Einfluss der Fortbildung auf die TeilnehmerInnen hinsichtlich ihrer Erfahrungen mit Hauskrankenpflege von Menschen mit HIV und AIDS betrachtet.

Die fünf kategorialen Aussagen zum objektiven Wissen zum Krankheitsbild wurden mit dem Cochran´s-Q-Test überprüft. Intervallskalierte Daten der 18 TeilnehmerInnen wurden mit Hilfe der einfaktoriellen Varianzanalysen mit Messwiederholungen berechnet. Bei signifikanten Ergebnissen der Varianzanalysen wurden die drei Messzeitpunkte paarweise mit dem T-Test für abhängige Stichproben überprüft. In Bezug auf die Erfahrungen der TeilnehmerInnen wurde die zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholungen verwendet (Faktoren: Fortbildung und Zeit).

Als Signifikanzniveau galt $p < ,05$, wobei als hochsignifikant = $p < ,01$ und höchstsignifikant = $p < ,001$ galt.

Die Voraussetzungen zur Anwendung der genannten Testverfahren sind: Normalverteilung, Varianzhomogenität und möglichst gleich große Anzahl in den Gruppen unter jeder Faktorenstufenkombination. Diese Voraussetzungen sind aufgrund der ungleich großen Gruppen und der grundsätzlich geringen Stichprobengröße nicht vollständig gegeben. Die verwendeten Testverfahren sind jedoch vergleichsweise unempfindlich gegenüber Verletzungen der Voraussetzungen (vgl. Rudolf & Müller, 2004). Einschränkend ist zu beachten, dass aufgrund der kleinen Stichproben bereits einzelne falsche bzw.

abweichende Antworten die Berechnung von Mittelwerten deutlicher beeinflussen, als bei großen Stichproben.

Zusätzlich wurden alle Hypothesenergebnisse im Prä-Post-Vergleich auf Effekte der Intervention diskutiert. Mit der Berechnung der Effektstärke wird die Größe der Mittelwertsunterschiede betrachtet und Aussagen zur praktischen Relevanz der Ergebnisse unabhängig der Stichprobengröße getroffen (vgl. Bortz, 2005). Die Effektstärke d als Mittelwertsmaß wird nach Cohen (1992) zum Vergleich unterschiedlicher Studien oder zum Vergleich zwischen Experimentalgruppen und Kontrollgruppen mit folgender Formel errechnet:

$$d = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{s_1^2 + s_2^2 / 2}}.$$

M_1 = ist der Mittelwert des ersten Messzeitpunktes, M_2 = ist der Mittelwert der letzten Befragung, s_1^2 = ist die Varianz des ersten Messzeitpunktes und s_2^2 = ist die Varianz der letzten Befragung.

Unter der Voraussetzung der Normalverteilung der Werte und Varianzhomogenität zwischen den Gruppen, werden die Effektstärken von Cohen folgendermaßen interpretiert.

- 0.2 bis 0.4 bedeutet einen schwachen Effekt
- 0.5 bis 0.7 bedeutet einen mittleren Effekt
- 0.8 bedeutet einen hohen Effekt

Die Berechnung kann auch angewendet werden, wenn keine Daten von Kontrollgruppen vorliegen (Bortz, 2005). Nach Maier-Riehle und Zwingmann (2000) führt die Berechnung ohne Kontrollgruppen (Eingruppen-Design) häufig dazu, dass die ermittelten Effektstärken überschätzt werden. Sie empfehlen daher eine modifizierte Formel für Untersuchungen ohne Kontrollgruppen, in der nur die Standardabweichung der Ausgangsbefragung (Prä-Test) im Nenner verwendet wird, so dass sich folgende Formel für die Berechnung der Effektstärken (ES) in der vorliegenden Arbeit ergibt:

$$ES_{prä} = \frac{M_{post} - M_{prä}}{SD_{prä}}$$

M_{post} repräsentiert den Mittelwert des letzten Messzeitpunktes und $M_{prä}$ den Mittelwert des ersten Messzeitpunktes. $SD_{prä}$ kennzeichnet die Standardabweichung der Messwerte zum ersten Messzeitpunkt. Die Ergebnisse sind dann aussagekräftig, wenn die Standardabweichung des ersten Messzeitpunktes als Schätzung der Standardabweichung der letzten Messung dienen kann. Wo die Standardabweichungen in der Untersuchung erheblich voneinander abweichen wird gesondert darauf hingewiesen, dass die Ergebnisse der Effektgrößen die tatsächlichen Effekte der Fortbildung überschätzen könnten.

Hypothese I: Durch die Fortbildung erhöht sich das Wissen der TeilnehmerInnen zum Krankheitsbild HIV und AIDS.

Das Wissen zum Krankheitsbild HIV und AIDS wurde an allen Messzeitpunkten anhand fünf grundsätzlicher Aspekte erfragt: fehlende Heilbarkeit, fehlender Impfstoff, prinzipielle Differenzierung HIV-positiv von AIDS, generelle Infektionsgefahr bei HIV und AIDS und Unterscheidung der Infektionsrisiken bei HIV, Hepatitis und Tuberkulose.

Die Häufigkeiten der richtigen Antworten in Tabelle 8 verdeutlichen, dass sich der Wissensstand im Verlauf der Fortbildung bei vier Items verbesserte. Für ein Item zeigte sich eine Verschlechterung des Wissens.

Das Wissen der TeilnehmerInnen verbesserte sich im Verlauf der Fortbildung zur fehlenden Heilbarkeit von HIV und darin, dass die Wahrscheinlichkeit einer Übertragung bei Hepatitis im Vergleich zu HIV und zu Tuberkulose höher eingeschätzt wurde. Das Wissen zum fehlenden Impfstoff sank zum zweiten Messzeitpunkt leicht ab und nahm zum letzten Messzeitpunkt wieder zu. Das Wissen der TeilnehmerInnen zur generellen Infektionsgefahr mit HIV, wenn die Krankheit AIDS noch nicht ausgebrochen ist, nahm zum zweiten Messzeitpunkt zu und blieb auf diesem Niveau zum dritten Messzeitpunkt.

Eine Wissensverschlechterung zeigte sich zur begrifflichen Differenzierung HIV-positiv von AIDS. Die Häufigkeit der richtigen Antworten sank zum zweiten Messzeitpunkt leicht ab und blieb auf diesem Niveau.

Die Ergebnisse wurden mit Hilfe des Cochrans-Q-Test geprüft. Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten.

Tabelle 8 Häufigkeit richtiger Antworten zum Krankheitsbild HIV/AIDS im Verlauf

Items zum Wissen des Krankheitsbilds	Messzeitpunkt			Cochran's Q	p
	t0 (n) %	t1 (n) %	t2 (n) %		
fehlende Heilbarkeit	(12) 66,7	(14) 77,8	(17) 94,4	4,222	
kein Impfstoff	(9) 50	(8) 44,4	(11) 61,1	2,000	
Differenzierung HIV-positiv von AIDS	(16) 88,9	(15) 83,3	(15) 83,3	,333	
generelle Infektionsgefahr bei HIV und AIDS	(12) 66,7	(16) 88,9	(16) 88,9	4,000	
Infektionswahrscheinlichkeit Hep, HIV, Tbc	(4) 22,2	(8) 44,4	(7) 38,9	2,889	

Anmerkungen. n = Anzahl. % = Prozent. Freiheitsgrade in allen Items df = 2. p = asymptotische Signifikanz, * p < ,05, ** p < ,01, *** p < ,001.

Aus den Items zum Wissen über das Krankheitsbild HIV und AIDS wurde der Wissensscore gebildet. Insgesamt konnten fünf Punkte erreicht werden. Tabelle 9 zeigt, dass sich das durchschnittliche Wissen kontinuierlich im Verlauf erhöhte, ohne dass sich dabei signifikante Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten ergaben.

Tabelle 9 Wissensscore zum Krankheitsbild von HIV/AIDS im Verlauf

Quelle der Varianz	n	Messzeitpunkt			df	F	p
		t0 M (SD)	t1 M (SD)	t2 M (SD)			
Wissensscore Wissen Krankheitsbild	18	2,9 (1,3)	3,3 (1,2)	3,6 (,9)	2	1,855	

Anmerkungen. n = Anzahl. M = Mittelwert. SD = Standardabweichung. df = Freiheitsgrade. F = Prüfgröße. p = Signifikanz entnommen der angenommenen Sphärizität, * p < ,05, ** p < ,01, *** p < ,001.

Die Berechnung der Effektstärke (ES) zeigte, dass die Fortbildung einen mittleren Effekt auf die Verbesserung des Wissens der TeilnehmerInnen hatte.

$$ES = \frac{3,6 - 2,9}{1,3} = 0,5$$

Zusammenfassung

Der objektive Wissenstand der 18 TeilnehmerInnen verbesserte sich insgesamt im Verlauf der Fortbildung. Dabei wiesen die TeilnehmerInnen schon zu Beginn der Intervention einen unerwartet hohen Wissensstand auf, der zum Abschluss leicht gesteigert werden konnte. Dementsprechend kann die erste Hypothese als bestätigt gelten. Signifikante Unterschiede waren aufgrund der kleinen Stichprobe nicht zu erwarten. Die Berechnung der Effektstärke weist jedoch darauf hin, dass die Fortbildung einen mittleren Effekt auf das Wissen ausübte ($d = 0,5$).

Die Ergebnisse des Wissensscores wurden auch zwischen den TeilnehmerInnen mit und ohne Erfahrungen überprüft. Die zu überprüfende Hypothese lautete:

Durch die Fortbildung nimmt das Wissen zum Krankheitsbild HIV und AIDS bei den TeilnehmerInnen ohne Erfahrung stärker zu, als bei den TeilnehmerInnen mit Erfahrung.

Abbildung 2 zeigt, dass sich das Wissen der TeilnehmerInnen ohne Erfahrungen ($n = 7$) kontinuierlich verbesserte und am Ende höher war als bei den erfahrenen TeilnehmerInnen. Vor allem zum zweiten Messzeitpunkt nahm das Wissen bei den Unerfahrenen deutlich zu, verschlechterte sich bei den Erfahrenen. Der Wissensstand der Erfahrenen verbesserte sich zudem nicht vom ersten zum letzten Messzeitpunkt.

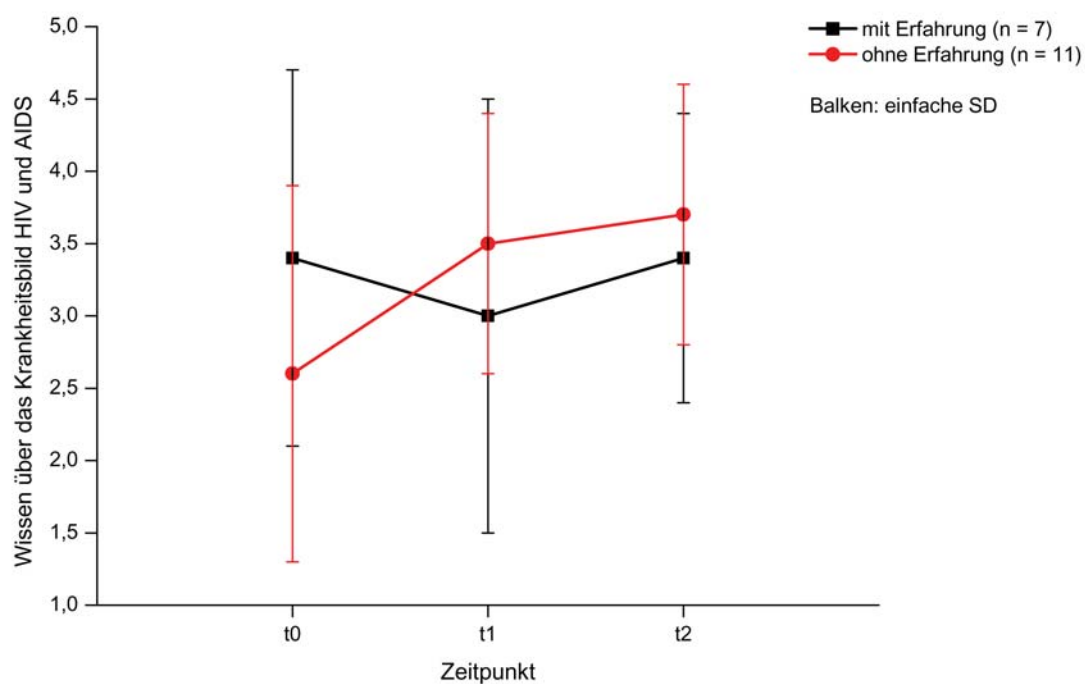


Abbildung 2 Wissensscores zum Krankheitsbild HIV/AIDS der (un)erfahrenen TeilnehmerInnen im Verlauf

Die Ergebnisse der zweifaktoriellen Varianzanalyse zeigten, dass TeilnehmerInnen ohne Erfahrungen sich nicht signifikant von jenen mit Erfahrungen unterschieden. Dieses Ergebnis ist stabil über alle Messzeitpunkte (vgl. Tabelle 10). Ebenso zeigte sich keine Wechselwirkung über die Zeit ($F(df = 2, N = 7,11) = 1,025, p > ,05$).

Tabelle 10 Wissenscores zum Krankheitsbild HIV/AIDS der (un)erfahrenen TeilnehmerInnen im Verlauf

Quelle der Varianz	Messzeitpunkt						df	F	p
	t0		t1		t2				
	n	M (SD)	n	M (SD)	n	M (SD)			
mit Erfahrung	7	3,4 (1,3)	7	3,0 (1,5)	7	3,4 (1,0)			
							2	1,629	
ohne Erfahrung	11	2,6 (1,3)	11	3,5 (,9)	11	3,7 (,9)			

Anmerkungen. n = Anzahl. M = Mittelwert. SD = Standardabweichung. df = Freiheitsgrade. F = Prüfgröße.

p = Signifikanz entnommen Pillai's Trace, * p <,05, ** p <,01, *** p <,001.

Die Berechnung der Effektstärke (ES) zeigte für die Gruppe mit Erfahrungen keinen Effekt der Fortbildung auf das Wissen.

$$ES = \frac{3,4 - 3,4}{1,3} = 0,0$$

Für die Gruppe ohne Erfahrung zeigte sich, dass die Fortbildung einen hohen Effekt auf das Wissen zum Krankheitsbild hatte.

$$ES = \frac{3,7 - 2,6}{1,3} = 0,8$$

Zusammenfassung

Mit der Betrachtung der Subgruppen wird deutlich, dass sich das Wissen der TeilnehmerInnen ohne Erfahrung kontinuierlich verbesserte, sich die Gruppen jedoch nicht signifikant voneinander unterschieden. Zudem zeigte sich, dass das Wissen der Erfahrenen zwischenzeitlich leicht absank. Darüber hinaus konnte ein hoher Effekt auf die Verbesserung des Wissens nachgewiesen werden, bei denjenigen, die noch keine Erfahrungen in der Pflege von Menschen mit HIV und AIDS hatten ($d = ,8$) und kein Effekt bei denjenigen, die bereits Erfahrungen hatten ($d = ,0$). Die Hypothese konnte somit bestätigt werden.

Hypothese II: Durch die Fortbildung erhöht sich das Wissen der TeilnehmerInnen zu wahrscheinlichen und unwahrscheinlichen Infektionswegen.

Ein wichtiges Anliegen war, dass die TeilnehmerInnen durch die Fortbildung wahrscheinliche und unwahrscheinliche Infektionswege kennen lernten, die im alltäglichen und im beruflichen Kontext vorkommen könnten. Zur Überprüfung dieses Wissens wurden an allen drei Messzeitpunkten 15 Items erhoben (sechsstufige Intervalskala mit sechs = sehr unwahrscheinliches Risiko).

Die Ergebnisse in Tabelle 11 zeigen, dass das Wissen bei den 18 Befragten bereits zu Beginn gut war. Im Verlauf der Fortbildung verbesserte es sich für Situationen die als nicht riskant und die als nicht hochriskant gelten können. Keine substanziellen Verbesserungen oder Veränderungen zeigten sich für Situationen mit hohem Infektionsrisiko („*ungeschützter Geschlechtsverkehr*“, „*mehrmalige Benutzung unsteriler Spritzbestecke*“, „*mehrmalige Benutzung gleicher Injektionsnadeln*“), wobei der Infektionsweg „*ungeschützter Geschlechtsverkehr*“ am eindeutigsten als hochriskant beurteilt wurde.

Verbesserungen zeigten sich für die Items die grundsätzlich als wahrscheinliche Infektionswege galten, aber nicht zu hochriskanten Situationen zählten („*Blut in offene Wunde*“, „*Übertragung während der Geburt von der Mutter auf das Kind*“, „*Stich an Injektionsnadel*“). Die TeilnehmerInnen schätzten zu Beginn diese Infektionswege als sehr wahrscheinlich ein. Das Wissen änderte sich zum zweiten Messzeitpunkt hin zu einer Beurteilung als weniger riskante Infektionswege und blieb zum dritten Messzeitpunkt bei der Beurteilung als riskante, aber nicht hochriskante Übertragungswege.

Verbesserungen zeigte sich auch für die Items, die unwahrscheinliche Risiken im Alltag darstellten („*anhusten/anniesen*“, „*gemeinsame Benutzung von Gläsern, Geschirr und Besteck*“, „*Küssen*“, „*Mückenstiche*“) sowie in der Pflege der PatientInnen („*körperliche Untersuchung*“, „*Verbandswechsel*“, „*Beatmung Mund-zu-Mund/Mund-zu-Nase*“, „*eingekotete Bettwäsche wechseln*“). Sowohl diese alltäglichen als auch diese beruflichen Situationen wurden im Verlauf deutlicher als sehr unwahrscheinliche Situationen benannt.

Die Situation „*Braunüle legen*“ wurde im Einzelnen von den TeilnehmerInnen objektiv am Schlechtesten beantwortet. Hier wurde ebenfalls ein Wissenszuwachs erzielt, indem im Verlauf der Intervention dieses Infektionsrisiko als unwahrscheinlicher beantwortet wurde.

Signifikante Verbesserungen des Wissens zeigte sich mit Hilfe der einfaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholungen für die unwahrscheinlichen Infektionswege „*körperliche Untersuchungen*“ und „*Essen mit einem HIV-Infizierten bei gemeinsamer Benutzung von Gläsern, Geschirr und Besteck*“. Ebenfalls signifikant wurde die Veränderung für die Einschätzung der wahrscheinlichen Übertragung durch den „*Stich an einer Injektionsnadel*“ (vgl. Tabelle 11).

Tabelle 11 Wissen über (un)wahrscheinliche Infektionswege im Verlauf

Quelle der Varianz	Messzeitpunkt						F	p
	t0		t1		t2			
	n	M (SD)	n	M (SD)	n	M (SD)		
wahrscheinliche Infektionswege								
ungeschützte Sexualkontakte	18	1,1 (,5)	17	1,1 (,3)	18	1,2 (,7)	1,000	
mehrmalige Benutzung unsteriler Spritzbestecke	18	1,4 (,9)	17	1,5 (1,4)	18	1,3 (,7)	,274	
Übertragung während der Geburt von der Mutter auf das Kind	18	1,4 (,7)	17	2,2 (1,2)	18	1,8 (1,3)	2,070	
mehrmalige Benutzung der gleichen Injektionsnadeln	18	1,3 (,7)	17	1,5 (1,4)	18	1,5 (1,0)	,456	
Blut in offenen Wunde zu bekommen	18	1,4 (1,2)	17	1,7 (1,4)	18	1,5 (1,0)	,128	
Stich an einer Injektionsnadel	18	1,9 (1,3)	17	2,1 (1,1)	18	2,9 (1,5)	3,120	*
unwahrscheinliche Infektionswege:								
gemeinsamer Benutzung von Gläsern, Geschirr und Besteck	18	5,6 (,7)	17	5,9 (,3)	18	5,9 (,2)	3,179	*
anhusten/anniesen	18	5,7 (,7)	17	5,7 (1,2)	18	5,9 (,2)	,664	
küssen	18	4,7 (1,7)	17	5,7 (1,2)	18	5,6 (,5)	2,953	
Mückenstiche	17	5,2 (1,4)	17	5,5 (1,0)	18	5,6 (1,2)	,926	
körperliche Untersuchung	18	5,4 (,8)	17	5,7 (,7)	18	5,9 (,2)	3,498	*
Verbandswechsel	16	4,1 (1,9)	17	4,6 (1,7)	18	5,1(1,5)	1,891	
Beatmung	18	4,9 (1,3)	17	5,5 (1,2)	18	5,4 (1,2)	,929	
Braunüle legen	17	3,4 (2,1)	16	4,3 (1,8)	17	4,3 (1,9)	1,084	
eingekotete Bettwäsche wechseln	17	4,9 (1,5)	17	5,7 (1,2)	18	5,3 (1,3)	1,202	

Anmerkungen. n = Anzahl. M = Mittelwert. SD = Standardabweichung. F = Prüfgröße. Freiheitsgrade in allen Items df = 2. p = Signifikanz entnommen der angenommenen Sphärizität, * p <,05, ** p <,01, *** p <,001.

Im T-Test für abhängige Stichproben zeigten sich signifikante Wissenssteigerungen im Prä-Post-Vergleich, wobei sich das Wissen zum unwahrscheinlichen Infektionsrisiko durch „körperlichen Untersuchungen“ hochsignifikant verbesserte (vgl. Tabelle 12).

Tabelle 12 Wissen über (un)wahrscheinliche Infektionswege im Prä – Post – Vergleich

	Messzeitpunkt				t	p
	t0		t2			
	n	M (SD)	n	M (SD)		
wahrscheinliche Infektionsrisiken						
Stich an einer Injektionsnadel	17	1,9 (1,3)	18	2,9 (1,5)	-2,380	*
unwahrscheinliche Infektionsrisiken						
körperliche Untersuchung	17	5,4 (,8)	18	5,9 (,2)	-2,699	**
gemeinsame Benutzung von Gläsern, Geschirr und Besteck	17	5,6 (,7)	18	5,9 (,2)	-2,062	*

Anmerkungen. n = Anzahl. M = Mittelwert. SD = Standardabweichung. * p <,05, ** p <,01, *** p <,001.

Die Berechnung der Effektstärke zeigte für unwahrscheinliche Infektionswege schwache bis mittlere Effekte auf das Wissen der TeilnehmerInnen. Dabei ergaben sich schwache Effekte für die alltäglichen Situationen: „*anhusten/anniesen*“ (d = ,3), „*Mückenstiche*“ (d = ,3), „*Essen mit einem HIV-Infizierten bei gemeinsamer Benutzung von Gläsern, Geschirr und Besteck*“ (d = ,4); sowie für die beruflichen Situationen: „*eingekotete Bettwäsche wechseln*“ (d = ,3), „*Beatmung durch Mund-zu-Mund oder Mund-zu-Nase*“ (d = ,4) und „*Braunüle legen*“ (d = ,4).

Mittlere Effekte ergaben sich für die alltägliche Situation „*Küssen*“ (d = 0,5), sowie für die berufliche Situationen „*Verbandswechsel*“ (d = 0,5) und „*körperliche Untersuchung*“ (d = 0,6).

Bei den wahrscheinlichen Infektionswegen ergab die Berechnung der Effektstärke schwache Effekte in der Verbesserung des Wissens für die alltägliche Situation „*ungeschützte Sexualkontakte*“ (d = 0,2), sowie für die berufliche Situation „*mehrmaliges Verwenden der gleichen Injektionsnadel*“ (d = 0,3). Ein mittlerer Effekt lag vor für die alltägliche Situation „*Mutter-Kind-Transmission*“ (d = 0,6) und ein hoher Effekt für die berufliche Situation „*Stich an einer Injektionsnadel*“ (d = 0,8). Keine Effekte zeigten sich für die wahrscheinlichen Übertragungswege: „*Benutzung unsteriler Spritzbestecke*“ und „*Blut in eine Wunde bekommen*“.

Einschränkend ist zu erwähnen, dass die Standardabweichungen des Items „Küssen“ zum ersten und letzten Messzeitpunkt stark differierten und somit dieser mittlere Effekt überschätzt werden könnte.

Zusammenfassung

Das Wissen bei den TeilnehmerInnen zu Infektionswegen war bereits zu Beginn gut. Insbesondere das Wissen zu hochriskante Infektionswegen war fast vollständig richtig vorhanden und konnte somit kaum verbessert werden. Es zeigten sich dennoch auch Wissensverbesserungen im Verlauf der Fortbildung für die Situationen in denen keine und in denen keine hochriskanten Infektionsgefahren bestanden. Somit kann die Hypothese bestätigt werden, dass sich das Wissen zu Infektionswegen verbesserte.

Auf die Darstellung Ergebnisse der zweifaktoriellen Varianzanalyse zur Überprüfung der 15 Items zwischen den TeilnehmerInnen mit und ohne Erfahrung wird an dieser Stelle verzichtet. Es ergaben sich keine substantziellen Unterschiede zwischen den Gruppen oder im Vergleich zu der Stichprobe der 18 TeilnehmerInnen.

Hypothese III: Durch die Fortbildung wird das berufliche Infektionsrisiko von den TeilnehmerInnen geringer eingeschätzt.

Neben dem Wissen um Infektionsgefahren besteht die Gefahr eines (potentiell negativen) Einflusses auf die Behandlung durch Ängste, sich während der Arbeit selbst zu infizieren. Die subjektive Einschätzung des beruflichen Infektionsrisikos wurde zu allen drei Messzeitpunkten erhoben (sechsstufige Intervallskala mit sechs = kein Risiko). Erwartungsgemäß wurde das Risiko am Ende der Fortbildung geringer eingeschätzt. Bereits zum ersten Messzeitpunkt wurde das Risiko von den meisten TeilnehmerInnen gering eingeschätzt. Es zeigte sich aber auch, dass zwischenzeitlich das Risiko etwas höher bewertet wurde. Die Veränderung der Mittelwerte zeigte in der Varianzanalyse mit Messwiederholungen ein hochsignifikantes Ergebnis (vgl. Tabelle 13).

Tabelle 13 *Einschätzung des beruflichen Infektionsrisikos im Verlauf*

Quelle der Varianz	Messzeitpunkt						df	F	p
	t0		t1		t2				
	n	M (SD)	n	M (SD)	n	M (SD)			
berufliches Infektionsrisiko	17	4,7 (1,0)	17	4,1 (1,2)	18	4,9 (,9)	2	4,892	**

Anmerkungen. n = Anzahl. M = Mittelwert. SD = Standardabweichung. df = Freiheitsgrade. F = Prüfgröße.

p = Signifikanz entnommen der angenommenen Sphärizität, * p <,05, ** p <,01, *** p <,001.

Die Einschätzung der TeilnehmerInnen zum beruflichen Infektionsrisiko veränderte sich zwischen dem ersten und letzten Messzeitpunkt nicht bedeutsam. Der T-Test für abhängige Stichproben ergab hier keinen signifikanten Unterschied ($p > ,05$; $t = -1,191$). Die Einschätzung verringerte sich jedoch signifikant vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt ($p < ,05$, $t = 2,416$) und erhöhte sich signifikant vom zweiten zum dritten Messzeitpunkt ($p < ,05$, $t = -2,072$).

Die Berechnung der Effektstärke zeigte, dass die Fortbildung im Prä-Post-Vergleich einen schwachen Effekt auf die Einschätzung des beruflichen Infektionsrisikos hatte:

$$ES = \frac{4,9 - 4,7}{1,0} = 0,2$$

Zusammenfassung

Aufgrund der subjektiven Bewertungen der 18 TeilnehmerInnen kann davon ausgegangen werden, dass insgesamt geringe Ängste vor einer beruflichen Infektion bestanden. Bereits zu Beginn wurde das Risiko gering empfunden, so dass trotz Verbesserung der Ergebnisse in Richtung geringerer Risikowahrnehmung die Effekte der Fortbildung als schwach beurteilt werden müssen. Jedoch zeigte sich eine leichte Verbesserung zwischen der Ausgangsbeurteilung und der Endbeurteilung. Angesichts der geringen Stichprobengröße, durch die keine signifikanten Ergebnisse zu erwarten waren, kann die Hypothese als bestätigt angesehen werden.

Ein Zusammenhang zwischen Wissen über das Krankheitsbild und der beruflichen Infektionsrisikoeinschätzung konnte nicht festgestellt werden. Es wäre zu erwarten gewesen, dass mit zunehmendem Wissen über das Krankheitsbild das Infektionsrisiko geringer eingeschätzt würde. Die Berechnung der Rangkorrelation nach Kendall's Tau ergab für die 18 TeilnehmerInnen am Ende der Fortbildung nur eine sehr geringe Korrelationen ($r = ,02$) bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p > ,05$.

Die Einschätzung des beruflichen Infektionsrisikos wurde auch für die Subgruppen mit der Hypothese geprüft:

Durch die Fortbildung wird das berufliche Infektionsrisiko von den TeilnehmerInnen ohne Erfahrungen im Verlauf deutlicher geringer eingeschätzt, als von TeilnehmerInnen mit Erfahrungen.

Abbildung 3 zeigt gleich der Ergebnisse der 18 TeilnehmerInnen ähnliche Verlaufskurven bei den TeilnehmerInnen ohne und mit Erfahrungen.

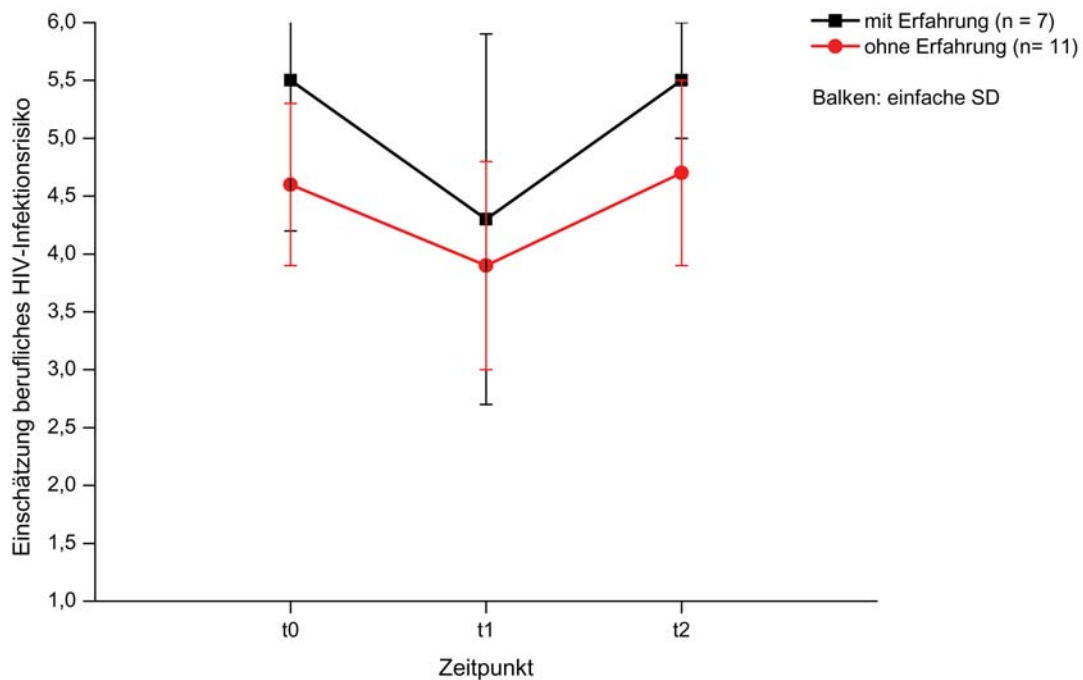


Abbildung 3 Einschätzungen des beruflichen HIV-Infektionsrisikos der (un)erfahrenen TeilnehmerInnen im Verlauf

Die Ergebnisse der zweifaktoriellen Varianzanalyse zeigen, dass TeilnehmerInnen ohne Erfahrungen sich nicht signifikant von jenen mit Erfahrungen unterschieden. Dabei wurde das Risiko von den Unerfahrenen stets höher bewertet, als von den Erfahrenen. Dieses Ergebnis ist stabil über alle Messzeitpunkte (vgl. Tabelle 14). Es zeigte sich jedoch auch eine Wechselwirkung über die Zeit ($F(df = 2, N = 7,11) = 3,646, p < ,05$). Das heißt, in beiden Gruppen veränderte sich die Einschätzung im Verlauf signifikant, jedoch besteht kein Zusammenhang zwischen der Einschätzung und den Erfahrungen mit der Pflege von Menschen mit HIV und AIDS.

Das Infektionsrisiko wurde zu Beginn gering eingeschätzt und zum zweiten Messzeitpunkt höher bewertet. Am Ende sind in beiden Gruppen ohne signifikante Unterschiede ($p > ,05$) wieder nahezu die Ausgangswerte bzw. eine etwas geringere Risikoeinschätzung gegenüber dem ersten Messzeitpunktes erreicht. Die Unterschiede zwischen dem ersten und zweiten Messzeitpunkt wurden bei den Erfahrenen nicht signifikant ($t = ,933; df = 5; p > ,05$) und bei den Unerfahrenen hochsignifikant ($t = 3,280;$

df = 9; p < ,01). Vom zweiten zum dritten Messzeitpunkt verringerte sich die Risikowahrnehmung nicht signifikant sowohl bei den Erfahrenen (t = -1,557; df = 5; p > ,05) als auch bei den Unerfahrenen (t = -1,322; df = 10; p > ,5).

Tabelle 14 *Einschätzungen des beruflichen Infektionsrisikos der (un)erfahrenen TeilnehmerInnen im Verlauf*

Quelle der Varianz	Messzeitpunkt						df	F	p
	t0		t1		t2				
	n	M (SD)	n	M (SD)	n	M (SD)			
mit Erfahrung	6	5,0 (1,3)	6	4,3 (1,6)	6	5,5 (,5)			
							2	,200	
ohne Erfahrung	10	4,6 (,7)	10	3,9 (,9)	10	4,7 (,8)			

Anmerkungen. n = Anzahl. M = Mittelwert. SD = Standardabweichung. df = Freiheitsgrade. F = Prüfgröße. p = Signifikanz entnommen Pillai's Trace, * p <,05, ** p <,01, *** p <,001.

Die Berechnung der Effektstärke (ES) zeigte für die TeilnehmerInnen mit Erfahrungen einen schwachen Effekt der Fortbildung auf die Einschätzung des beruflichen Infektionsrisikos.

$$ES = \frac{5,5 - 5,0}{1,3} = 0,4$$

Für die TeilnehmerInnen ohne Erfahrung zeigte sich, dass die Fortbildung einen noch schwächeren Effekt auf die Einschätzung des beruflichen Infektionsrisikos hatte.

$$ES = \frac{4,7 - 4,6}{0,7} = 0,1$$

Einschränkend ist zu erwähnen, dass die Standardabweichungen bei den Erfahrenen deutlicher voneinander abwichen, und somit der Effekt überschätzt sein könnte.

Zusammenfassung

Die Ergebnisse zeigten, dass auch in den Subgruppen am Ende das berufliche Infektionsrisiko geringer beurteilt wurde als zu Beginn, bereits zu Beginn gering war und zum zweiten Messzeitpunkt am höchsten empfunden wurde. Dabei zeigte sich keine Wechselwirkung zwischen den Gruppen. Es zeigte sich auch, dass Unerfahrene das Risiko

höher bewerteten und die Fortbildung einen schwachen Effekt auf diese Einschätzung ausübte. Somit konnte die Hypothese nicht bestätigt werden, sondern es zeigte sich, dass die Fortbildung bezüglich der Risikowahrnehmung bei den Erfahrenen einen leicht höheren Effekt hatte.

Hypothese IV: Durch die Fortbildung erhöht sich das Wissen der TeilnehmerInnen zu beruflichen Schutzmassnahmen.

Zum Angstabbau vor einer beruflichen Infektion und für den Umgang mit PatientInnen wurde davon ausgegangen, dass das Wissen um Schutzmaßnahmen einen Einfluss haben kann. Dieses Wissen wurde anhand einer subjektiven Selbsteinschätzung erhoben (sechsstufige Intervallskala mit sechs = sehr viel Wissen). Erwartungsgemäß zeigte sich, dass das Wissen der TeilnehmerInnen im Verlauf der Fortbildung höher eingeschätzt wurde. Zum ersten Messzeitpunkt beurteilen die TeilnehmerInnen ihren Wissensstand als durchschnittlich, wenn auch etwas besser als der erwartete Mittelwert von $M = 3,5$. Die Einschätzung verbesserte sich zum zweiten Messzeitpunkt sowie zum letzten Messzeitpunkt. Die Veränderung der Mittelwerte zeigte in der Varianzanalyse mit Messwiederholungen ein hochsignifikantes Ergebnis (vg. Tabelle 15).

Tabelle 15 *Einschätzung des Wissens über berufliche Schutzmassnahmen im Verlauf*

Quelle der Varianz	Messzeitpunkt						df	F	p
	t0		t1		t2				
	n	M (SD)	n	M (SD)	n	M (SD)			
Wissen um Schutzmaßnahmen	17	3,3 (1,7)	17	5,1 (,8)	18	5,3 (,7)	2	5,850	**

Anmerkungen. n = Anzahl. M = Mittelwert. SD = Standardabweichung. df = Freiheitsgrade. F = Prüfgröße.

p = Signifikanz entnommen der angenommenen Sphärizität, * $p < ,05$, ** $p < ,01$, *** $p < ,001$.

Der T-Test für abhängige Stichproben zeigte, dass sich der subjektive Wissensstand zwischen dem ersten und letzten Messzeitpunkt hochsignifikant verbesserte ($p < ,01$; $t = 3,241$). Auch zwischen dem ersten und dem zweiten Messzeitpunkt verbesserte sich das Wissen signifikant ($p < ,05$; $t = 2,150$).

Die Berechnung der Effektstärke ergab einen hohen Effekt der Fortbildung auf die Einschätzung des Wissens zu Schutzmassnahmen, der aufgrund deutlicher Standardabweichungen überschätzt sein könnte.

$$ES = \frac{5,3 - 3,3}{1,7} = 1,2$$

Zusammenfassung

Die signifikanten Ergebnisse bei gleichzeitig hoher Effektstärke bestätigten die Hypothese, dass sich das Wissen über Schutzmaßnahmen im Verlauf der Fortbildung verbesserte.

Ein möglicher Zusammenhang zwischen der Einschätzung des beruflichen Infektionsrisikos und dem Wissen um Schutzmassnahmen konnte hingegen nicht festgestellt werden. Die Berechnung der Rangkorrelation nach Kendall's Tau ergab für die 18 TeilnehmerInnen am Ende der Fortbildung nur eine sehr geringe Korrelationen ($r = ,1$) bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p > ,05$.

Im Weiteren wurde die Einschätzung des beruflichen Infektionsrisikos für die Subgruppen anhand folgender Hypothese geprüft:

Durch die Fortbildung nimmt das Wissen zu beruflichen Schutzmassnahmen bei TeilnehmerInnen ohne Erfahrungen stärker zu, als bei TeilnehmerInnen mit Erfahrungen.

Abbildung 4 zeigt, dass auch in den Subgruppen das Wissen am Ende der Fortbildung subjektiv höher bewertet wurde, wobei die TeilnehmerInnen ohne Erfahrung nicht das Wissensniveau der Erfahrenen erreichten. In beiden Gruppen verbesserte sich das Wissen insbesondere zum zweiten Messzeitpunkt. Hierbei ist für die TeilnehmerInnen ohne Erfahrungen ein deutlicherer Wissensanstieg zu beobachten. Bis zum dritten Messzeitpunkt stieg der Wissensstand bei den Unerfahrenen weiter leicht an, und veränderte sich nicht mehr bei den Erfahrenen.

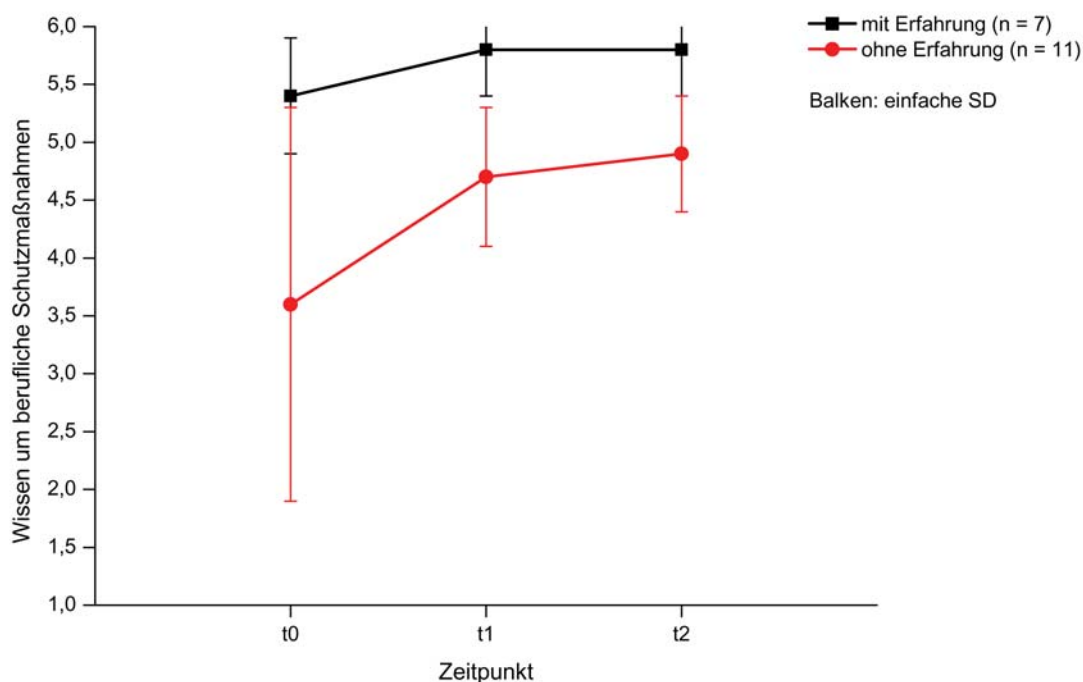


Abbildung 4 Einschätzungen des Wissens über Schutzmassnahmen der (un)erfahrenen TeilnehmerInnen im Verlauf

Die Ergebnisse der zweifaktoriellen Varianzanalyse zeigten, dass TeilnehmerInnen ohne Erfahrungen sich nicht signifikant von jenen mit Erfahrungen unterschieden (vgl. Tabelle 16). Dieses Ergebnis ist stabil über alle Messzeitpunkte (vgl. Tabelle 14). Es zeigte sich jedoch eine Wechselwirkung über die Zeit ($F(df = 2, N = 7,11) = 6,726, p < ,01$). Das heißt, in beiden Gruppen verbesserte sich das Wissen im Verlauf der Fortbildung hochsignifikant, es bestand jedoch kein signifikanter Unterschied bezüglich des subjektiven Wissens und den Erfahrungen mit der Pflege von Menschen mit HIV und AIDS.

Tabelle 16 *Einschätzungen des Wissens über berufliche Schutzmaßnahmen der (un)erfahrenen TeilnehmerInnen im Verlauf*

Quelle der Varianz	Messzeitpunkt						df	F	p
	t0		t1		t2				
	n	M (SD)	n	M (SD)	n	M (SD)			
mit Erfahrung	7	5,4 (,5)	6	5,8 (,4)	7	5,8 (,4)			
							2	2,630	
ohne Erfahrung	10	3,6 (1,7)	11	4,7 (,6)	11	4,9 (,5)			

Anmerkungen. n = Anzahl. M = Mittelwert. SD = Standardabweichung. df = Freiheitsgrade. F = Prüfgröße.

p = Signifikanz entnommen der angenommenen Sphärizität, * p < ,05, ** p < ,01, *** p < ,001.

Die Berechnung der Effektstärke (ES) zeigte für die Gruppe mit Erfahrungen einen hohen Effekt der Fortbildung auf die Einschätzung des Wissens um berufliche Schutzmaßnahmen.

$$ES = \frac{5,8 - 5,4}{0,5} = 0,8$$

Auch für die Gruppe ohne Erfahrung zeigte sich ein hoher Effekt auf das Wissen um berufliche Schutzmaßnahmen, wobei hier die Standardabweichungen deutlicher voneinander abwichen und der Effekt somit überschätzt sein könnte.

$$ES = \frac{4,9 - 3,6}{1,7} = 0,8$$

Zusammenfassung

Aufgrund der signifikanten Ergebnisse und der hohen Effektstärken kann auch die letzte Hypothese bestätigt werden. Das Wissen der TeilnehmerInnen ohne Erfahrungen verbesserte sich deutlicher als bei den TeilnehmerInnen mit Erfahrungen. Dabei blieb die subjektive Einschätzung der Unerfahrenen auf einem niedrigeren Niveau gegenüber der Einschätzung der Erfahrenen.

6.3 Beurteilung der Fortbildung

Im Folgenden werden die Ergebnisse der subjektiven Beurteilung durch die TeilnehmerInnen dargestellt. Die Beurteilung erfolgte anhand der fünf Veranstaltungen der Fortbildung:

- Veranstaltung: Wirkungsweise des HI-Virus, Übertragungswege und Schutz vor Ansteckung
- Veranstaltung: ART: Nebenwirkungen, Therapie und Resistenzen
- Veranstaltung: Palliative Pflege
- Veranstaltung: Sucht und Suchterkrankungen
- Veranstaltung: Opportunistische Infektionen

Für diese fünf Veranstaltungen wurde einerseits zum ersten und zum letzten Messzeitpunkt der subjektive Wissensstand (sechsstufige Likertskala mit sechs = sehr schlecht informiert) und der Wunsch nach Informationen (sechsstufige Likertskala mit sechs = nichts erfahren wollen) erhoben. Die Veränderungen wurden mit dem T-Test für abhängige Stichproben überprüft sowie die Effektstärken berechnet.

Andererseits wurde pro Veranstaltungen die Einschätzung zur inhaltlichen Gestaltung, zur Vermittlung durch den oder die DozentInnen und zur Atmosphäre erfragt (sechsstufige Likertskalen mit sechs = sehr schlecht). Zudem wurde gefragt, ob die Inhalte an die Vorkenntnisse der TeilnehmerInnen anknüpften (sechsstufige Likertskala mit sechs = trifft gar nicht zu). Im Weiteren wurde pro Veranstaltung erhoben, wie die TeilnehmerInnen ihren Informationszuwachs anhand der Veranstaltungsinhalte einschätzten (sechsstufige Likertskalen mit sechs = gar nicht informiert) und ob die Inhalte für den beruflichen Alltag für relevant empfunden wurden (sechsstufige Likertskalen mit sechs = gar nicht hilfreich).

Mit Ausnahme der Fragen, ob die Veranstaltungen an die Vorkenntnisse der TeilnehmerInnen anknüpften, wurden in der Beurteilung der Fortbildung fast ausschließlich Skalenankerwerte verwendet. Diese Ergebnisse wurden für die folgende Darstellung dichotomisiert (z.B. eins bis drei = sehr gut und vier bis sechs = sehr schlecht).

Klimadaten

Die inhaltlichen Gestaltungen, die Vermittlungen der Inhalte durch die DozentInnen und die Seminaratmosphären wurden für alle Veranstaltungen als sehr gut von den TeilnehmerInnen bewertet.

Tabelle 17 *Klimadaten zur Beurteilung der Veranstaltungen*

Veranstaltungsthemen	Klimadaten		
	Inhalte n (%)	Vermittlung n (%)	Atmosphäre n (%)
„Wirkungsweise des HI-Virus, Übertragungswege und Schutz vor Ansteckung“	18 (100)	18 (100)	18 (100)
„ART: Nebenwirkungen, Therapie und Resistenzen“	18 (100)	18 (100)	18 (100)
„Palliative Pflege“	18 (100)	18 (100)	18 (100)
„Sucht und Suchterkrankungen“	18 (100)	18 (100)	18 (100)
„Opportunistische Infektionen“	18 (100)	18 (100)	18 (100)

Anmerkungen. n = Anzahl der TeilnehmerInnen. % = Prozent.

Beurteilung der ersten Veranstaltung: „Wirkungsweise des HI-Virus, Übertragungswege und Schutz vor Ansteckung“

Der Wissensstand zum ersten Fortbildungsschwerpunkt zeigte T-Test für abhängige Stichproben eine höchstsignifikante Verbesserung der subjektiven Wissens einschätzung ($t = 5,580$; $p < ,001$). Die Berechnung der Effektstärke ergab gleichfalls einen sehr hohen Effekt der Intervention, der aufgrund der starken Abweichung der Standardabweichungen überschätzt sein könnte.

$$ES = \frac{1,5 - 3,4}{1,5} = -1,3$$

Gleichzeitig sank der Wunsch nach mehr Informationen vom ersten bis zum letzten Messzeitpunkt ohne signifikantes Ergebnis im T-Test für abhängige Stichproben ($t = -2,026$; $p > ,05$). Die Berechnung der Effektstärke ergab einen sehr hohen Effekt, der aufgrund der starken Abweichung der Standardabweichungen überschätzt sein könnte.

$$ES = \frac{2,5 - 1,5}{0,5} = 2$$

Tabelle 18 *Einschätzung des Wissens und der Informationswünsche zur ersten Veranstaltung (Prä-Post-Vergleich)*

Items	Messzeitpunkt				t	p
	t0		t2			
	n	M (SD)	n	M (SD)		
Wissenseinschätzung: „Wirkungsweise des HI-Virus, Übertragungswege und Schutz vor Ansteckung“	16	3,4 (1,5)	16	1,5 (0,6)	5,580	***
Informationswunsch: „Wirkungsweise des HI-Virus, Übertragungswege und Schutz vor Ansteckung“	13	1,5 (,5)	13	2,5 (1,7)	-2,026	

Anmerkungen. n = Anzahl. M = Mittelwert. SD = Standardabweichung. * p < ,5, ** p < 0,01, *** p < ,001.

Für die Beurteilung der ersten Veranstaltung wurden die folgenden Unterrichtseinheiten bewertet:

- „Aufbau und Vermehrung des Virus“
- „Übertragungswege“
- „Diskriminierung von Menschen mit HIV und AIDS“
- „Postexpositionsprophylaxe“

Die Veranstaltungsinhalte knüpften bei der Hälfte der TeilnehmerInnen gut und bei den meisten TeilnehmerInnen sehr gut an den Vorkenntnissen an (M = 2,5; SD = 1,7; Range 1 – 5).

Tabelle 19 verdeutlicht, dass der Wissenszuwachs für alle vier Unterrichtseinheiten von den TeilnehmerInnen sehr hoch eingeschätzt wurde. Einen sehr deutlicher Zuwachs zeigte sich zur Thematik „*Aufbau und Vermehrung des Virus*“ und zu „*Übertragungswegen*“. Einen etwas geringeren Zuwachs an Wissen zeigte sich zu den Themen „*Postexpositionsprophylaxe*“ und „*Diskriminierung von Menschen mit HIV und AIDS*“. Auch bestätigen die Ergebnisse in Tabelle 19, dass die Inhalte für fast alle TeilnehmerInnen relevant für den Arbeitsalltag waren.

Tabelle 19 *Einschätzung zur Wissenserweiterung und Alltagsrelevanz der ersten Veranstaltungsaspekte*

	Wissenserweiterung	Alltagsrelevanz
	n (%)	n (%)
Aufbau und Vermehrung des HI-Virus	18 (100)	18 (100)
Übertragungswege	17 (94,4)	18 (100)
Diskriminierung von Menschen mit HIV und AIDS	15 (83,3)	17 (94,4)
Postexpositionsprophylaxe	16 (88,8)	18 (100)

Anmerkungen. n = Anzahl der TeilnehmerInnen. % = Prozent.

Vier TeilnehmerInnen gaben in der offenen Fragestellung an: „Besonderer Dank an Inge und Klaus für Beispiel Patient und Schwester“ (Anm: Rollenspiel), „Hat in der weiteren Arbeit geholfen, es war alles einfach und klar dargestellt“, „mit allem zufrieden“, „zufrieden mit Seminar und Fragen“.

Beurteilung der zweiten Veranstaltung: „ART: Nebenwirkung, Therapie und Resistenzen“

Auch der Wissensstand zum zweiten Fortbildungsschwerpunkt zeigte im T-Test für abhängige Stichproben eine höchstsignifikante Verbesserung der subjektiven Wissens einschätzung ($t = 7,737$; $p < ,001$). Die Berechnung der Effektstärke ergab gleichfalls einen sehr hohen Effekt der Intervention, der aufgrund der starken Abweichung der Standardabweichungen überschätzt sein könnte.

$$ES = \frac{2,2 - 4,3}{1,7} = -1,2$$

Gleichzeitig sank der Wunsch nach mehr Informationen zum Themenschwerpunkt vom ersten bis zum letzten Messzeitpunkt signifikant ($t = -2,390$; $p < ,05$). Die Berechnung der Effektstärke ergab einen sehr hohen Effekt, der aufgrund der starken Abweichung der Standardabweichungen überschätzt sein könnte.

$$ES = \frac{2,2 - 1,2}{0,5} = 2,0$$

Tabelle 20 *Einschätzung des Wissens und der Informationswünsche zur zweiten Veranstaltung (Prä-Post-Vergleich)*

Items	Messzeitpunkt					
	t0		t2		t	p
	n	M (SD)	n	M (SD)		
Wissenseinschätzung: „ART: Nebenwirkung, Therapie und Resistenzen“	16	4,3 (1,7)	16	2,2 (0,8)	7,737	***
Informationswunsch: „ART: Nebenwirkung, Therapie und Resistenzen“	16	1,2 (,5)	16	2,2 (1,5)	-2,390	*

Anmerkungen. n = Anzahl. M = Mittelwert. SD = Standardabweichung. * p < ,05, ** p < ,01, *** p < ,001.

Für die Beurteilung der ersten Veranstaltung wurden die folgenden Unterrichtseinheiten bewertet:

- „ART-Medikamente und ihre Nebenwirkungen“
- „Voraussetzung zum ART-Beginn“
- „Hauptursachen von Therapieversagen“
- „Adherence-Einflussfaktoren und Strategien“

Die Veranstaltungsinhalte knüpften für über die Hälfte der TeilnehmerInnen sowie für die meisten TeilnehmerInnen sehr gut an den Vorkenntnissen an (M = 2,5; SD = 1,7; Range 1 – 5).

Der Wissenszuwachs wurde für fast alle Unterrichtseinheiten sehr hoch eingeschätzt. Für alle TeilnehmerInnen waren die Inhalte sehr relevant für den Arbeitsalltag (vgl. Tabelle 21).

Tabelle 21 *Einschätzung zur Wissenserweiterung und Alltagsrelevanz der zweiten Veranstaltungsaspekte*

	Wissenserweiterung	Alltagsrelevanz
	n (%)	n (%)
ART-Medikamente und ihre Nebenwirkungen	18 (100)	18 (100)
Voraussetzung zum ART-Beginn	18 (100)	18 (100)
Hauptursachen von Therapieversagen	17 (94,4)	18 (100)
Adherence-Einflussfaktoren und Strategien	18 (100)	18 (100)

Anmerkungen. n = Anzahl der TeilnehmerInnen. % = Prozent.

Zwei TeilnehmerInnen gaben in der offenen Fragestellung an: „alles“ bzw. „mit allem zufrieden“.

Beurteilung der dritten Veranstaltung: „Palliative Pflege“

Der Wissenstand zur dritten Veranstaltung wurde mit zwei Items erhoben („*Sterben von jungen Menschen*“ und „*Schmerztherapien*“), mit der Annahme, dass der Begriff „*Palliative Pflege*“ zum ersten Messzeitpunkt nicht allen TeilnehmerInnen geläufig war. Für beide Schwerpunkte zeigte sich eine Verbesserung des subjektiven Wissensstandes. In Tabelle 22 wird ersichtlich, dass zum ersten Messzeitpunkt das Wissen zu „*Schmerztherapien*“ schlechter beurteilt wurde als das Wissen zu „*Sterben von jungen Menschen*“. Am Ende verbesserte sich das Wissen zu „*Sterben von jungen Menschen*“ weniger deutlich mit signifikantem Ergebnis im T-Test ($t = 2,335$; $p < ,05$) und wurde schlechter beurteilt als das Wissen über „*Schmerztherapien*“ dessen Wissensverbesserung höchstsignifikant wurde ($t = 4,110$; $p < ,001$).

Die Berechnung der Effektstärke ergab gleichfalls einen schwachen Effekt für die Einschätzung zu „*Sterben von jungen Menschen*“

$$ES = \frac{2,9 - 3,8}{1,7} = -0,5$$

und einen sehr hohen Effekt für „*Schmerztherapien*“, wobei sich die Standardabweichungen mit fast 1,0 voneinander unterschieden und die Effekte somit überschätzt werden könnten.

$$ES = \frac{2,4 - 4,1}{1,6} = -1,1$$

Die Verbesserung des Wissens zu „Schmerztherapien“ war signifikant ($t = 2,168$; $p < ,05$) und spiegelt sich auch darin wieder, dass der Wunsch nach Informationen am Anfang der Fortbildung höher war. Die Berechnung der Effektstärke erbrachte einen schwachen Effekt.

$$ES = \frac{1,3 - 1,7}{,9} = -0,4$$

Dagegen zeigte sich, dass der Wunsch nach Informationen für „Sterben von jungen Menschen“ am Anfang niedriger war als am Ende der Fortbildung. Die Veränderung wurde nicht signifikant ($t = -,287$; $p > ,05$) und ergab keinen Effekt.

$$ES = \frac{1,7 - 1,6}{0,9} = 0,1$$

Tabelle 22 *Einschätzung des Wissens und der Informationswünsche zur dritten Veranstaltung (Prä-Post-Vergleich)*

Items	Messzeitpunkt					
	t0		t2		t	p
	n	M (SD)	n	M (SD)		
Wissenseinschätzung: „Sterben von jungen Menschen“	16	3,8 (1,7)	16	2,9 (1,3)	2,335	*
Informationswunsch: „Sterben von jungen Menschen“	10	1,6 (,9)	10	1,7 (,8)	-,287	
Wissenseinschätzung: „Schmerztherapien“	14	4,1 (1,6)	14	2,4 (,6)	4,110	***
Informationswunsch: „Schmerztherapien“	15	1,7 (,9)	15	1,3 (,5)	2,168	*

Anmerkungen. n = Anzahl. M = Mittelwert. SD = Standardabweichung. * $p < ,05$, ** $p < ,01$, *** $p < ,001$.

Für die Beurteilung der ersten Veranstaltung wurden die folgenden Unterrichtseinheiten bewertet:

- „Palliative Pflege und Schmerzmitteltherapien“
- „Gefühle von sterbenden Menschen“
- „Kommunikation mit PatientInnen“
- „Ernährungstipps und Mundpflege“

Die Veranstaltungsthemen knüpften bei über der Hälfte sowie für die meisten TeilnehmerInnen gut an den Vorkenntnissen an ($M = 2,3$; $SD = 1,0$; Range 1 – 4).

Der Wissenszuwachs wurde vollständig von allen TeilnehmerInnen sehr hoch eingeschätzt. Ebenso wurde die Relevanz des Transfers der Inhalte in den beruflichen Alltag von allen als sehr hoch bewertet.

Tabelle 23 *Einschätzung zur Wissenserweiterung und Alltagsrelevanz der dritten Veranstaltungsaspekte*

	Wissenserweiterung	Alltagsrelevanz
	n (%)	n (%)
Palliative Pflege und Schmerzmitteltherapien	18 (100)	18 (100)
Gefühle von sterbenden Menschen	18 (100)	18 (100)
Kommunikation mit PatientInnen	18 (100)	18 (100)
Ernährungstipps und Mundpflege	18 (100)	18 (100)

Anmerkungen. n = Anzahl der TeilnehmerInnen. % = Prozent.

Zwei TeilnehmerInnen gaben in der offenen Fragestellung an: „alles ok“, „it’s very good“.

Beurteilung der vierten Veranstaltung: „Sucht und Suchterkrankungen“

Der Wissenstand zu „Sucht und Suchterkrankungen“ wurde im Vergleich zu den anderen Veranstaltungsschwerpunkten zu Beginn am höchsten eingeschätzt. Auch für diese Veranstaltung zeigte sich eine höchstsignifikante Verbesserung des subjektiven Wissensstands ($t = 3,108$; $p < ,01$). Der Effekt war gleichfalls hoch.

$$ES = \frac{1,6 - 2,5}{1,1} = -0,8$$

Ebenso sank der Wunsch nach mehr Informationen ohne signifikantem Ergebnis im T-Test ($t = -,769$; $p > ,05$). Der Effekt der Fortbildung auf den Wunsch nach mehr Informationen war hierbei schwach.

$$ES = \frac{2,3 - 1,9}{1,5} = 0,3$$

Tabelle 24 *Einschätzung des Wissens und der Informationswünsche zur vierten Veranstaltung (Prä-Post-Vergleich)*

Items	Messzeitpunkt					
	t0		t2		t	p
	n	M (SD)	n	M (SD)		
Wissenseinschätzung: „Sucht und Suchterkrankungen“	15	2,5 (1,1)	15	1,6 (,7)	3,108	**
Informationswunsch: „Sucht und Suchterkrankungen“	14	1,9 (1,5)	14	2,3 (1,2)	-,769	

Anmerkungen. n = Anzahl. M = Mittelwert. SD = Standardabweichung. * p < ,05, ** p < ,01, *** p < ,001.

Für die Beurteilung der Veranstaltung wurden die folgenden Unterrichtseinheiten bewertet:

- „Symptome einer Sucht“
- „Gesellschaftliche Ursachen von Sucht“
- „Suchthilfesysteme in der eigenen Region“

Die Veranstaltungsthemen knüpften bei über der Hälfte der TeilnehmerInnen gut und bei den meisten TeilnehmerInnen sehr gut an den Vorkenntnissen an (M = 1,9; SD = 1,2; Range 1 – 5).

Die Beurteilung des Wissenszuwachses für diese Veranstaltung zeigte, dass alle mehr wussten zu „*Symptome einer Sucht*“, und fast alle zu den „*gesellschaftlichen Ursachen von Sucht*“ und zu „*Suchthilfesystemen in den Regionen*“ aus denen sie kamen. Zudem war für fast alle TeilnehmerInnen das Wissen zu Suchtsymptomen relevant für den Alltag sowie das Wissen über gesellschaftlichen Ursachen und Suchthilfesysteme in den Regionen.

Tabelle 25 *Einschätzung zur Wissenserweiterung und Alltagsrelevanz der vierten Veranstaltungsaspekte*

	Wissenserweiterung	Alltagsrelevanz
	n (%)	n (%)
Symptome einer Sucht	18 (100)	16 (88,8)
gesellschaftliche Ursachen von Sucht	16 (88,8)	17 (94,4)
Suchthilfesysteme in eigener Region	16 (88,8)	17 (94,4)

Anmerkungen. n = Anzahl der TeilnehmerInnen. % = Prozent.

Drei TeilnehmerInnen gaben in der offenen Fragestellung an: „Der im höchsten Maße dynamische Dr. Jellinek hat mich begeistert.“; „Ich habe nicht ganz verstanden: Ist Alkoholismus unheilbar? Wie kann man Menschen helfen, diese Sucht zu erkennen?“ und „ok.“

Beurteilung der fünften Veranstaltung: „Opportunistische Infektionen“

Auch das Wissen zur letzten Veranstaltung zeigte in der subjektiven Einschätzung eine höchstsignifikante Verbesserung ($t = 6,033$; $p < ,001$), sowie den höchsten Effekt im Vergleich zu den anderen Veranstaltungen, wobei sich die Standardabweichungen voneinander abwichen und die Effekte somit überschätzt werden könnten.

$$ES = \frac{2,0 - 4,0}{1,4} = -1,4$$

So nahm auch der Wunsch nach Informationen im Verlauf signifikant ab ($t = -2,628$; $p < ,05$). Auch zeigte sich hierbei ein sehr hoher Effekt, wobei gleichfalls diese Standardabweichungen sich voneinander unterschieden und die Effekte somit überschätzt werden könnten.

$$ES = \frac{2,6 - 1,2}{0,8} = 2,8$$

Tabelle 26 *Einschätzung des Wissens und der Informationswünsche zur fünften Veranstaltung (Prä-Post-Vergleich)*

Items	Messzeitpunkt					
	t0		t2		t	p
	n	M (SD)	n	M (SD)		
Wissenseinschätzung: „Opportunistische Infektionen“	14	4,0 (1,4)	14	2,0 (,5)	6,033	***
Informationswunsch: „Opportunistische Infektionen“	15	1,2 (,8)	15	2,6 (1,8)	-2,628	*

Anmerkungen. n = Anzahl. M = Mittelwert. SD = Standardabweichung. * p < ,05, ** p < ,01, *** p < ,001.

In der fünften Veranstaltung waren die inhaltlichen Schwerpunkte:

- „Symptome von Opportunistischen Infektionen“
- „Therapiemöglichkeiten“
- „Krankenbeobachtung“
- „Pflege von Opportunistischen Infektionen“

Die Veranstaltungsthemen knüpften bei über der Hälfte der TeilnehmerInnen und bei den meisten TeilnehmerInnen durchschnittlich gut an den Vorkenntnissen an (M = 2,5; SD = ,8; Range 1 – 3).

Sowohl der Wissenszuwachs als auch den Transfer der Inhalte in den beruflichen Alltag wurden von allen TeilnehmerInnen sehr hoch bewertet (vgl. Tabelle?).

Tabelle 27 *Einschätzung zur Wissenserweiterung und Alltagsrelevanz der fünften Veranstaltungsaspekte*

	Wissenserweiterung	Alltagsrelevanz
	n (%)	n (%)
Symptome von Opportunistischen Infektionen	18 (100)	18 (100)
Therapiemöglichkeiten	18 (100)	18 (100)
Krankenbeobachtung	18 (100)	18 (100)
Pflege von Opportunistischen Infektionen	18 (100)	18 (100)

Anmerkungen. n = Anzahl der TeilnehmerInnen. % = Prozent.

Zwei TeilnehmerInnen gaben in der offenen Fragestellung an: „alles gut, aber Schwerpunkt mehr auf Rehabilitation, Pflege, Behandlung“, „brachte klare Sicht und Wissen ist erweitert/konkretisiert“, „Mir als Sozialarbeiter ohne medizinische Ausbildung waren die

Informationen über opportunistische Infektionen sehr nützlich. Ich habe viel gelernt. Vielen Dank!“

Gesamtbeurteilung der Fortbildung durch die TeilnehmerInnen

Zum letzten Messzeitpunkt wurde abschließend erhoben, wie hilfreich das Seminar für die praktische Arbeit der TeilnehmerInnen war (sechstufige Intervallskala mit sechs = gar nicht hilfreich) sowie mit offenen Fragen, welche Themen die TeilnehmerInnen am meisten interessiert hatten, welche Themen wiederholt werden sollten und welche Themen noch behandelt werden sollte.

Über die Hälfte als auch die Mehrzahl der Befragten beurteilte die Fortbildung als sehr hilfreich ($M = 1,2$; $SD = ,4$; Range 1 – 2).

17 der 18 TeilnehmerInnen beantworteten die offene Frage nach den persönlichen Interessenschwerpunkten: Das größte Interesse zeigte sich für das Verständnis des HI-Virus, zu Übertragungswegen und Schutzmöglichkeiten sowie zu Suchterkrankungen. Weitere Nennungen betrafen Palliative Pflege und Opportunistischen Infektionen. Drei Befragte fanden alle Themen interessant. Auffällig wurde, dass die Thematik Antiretrovirale Therapie nicht benannt wurde.

Tabelle 28 Häufigkeit der Nennungen zu den Interessensschwerpunkten

Interessensschwerpunkte	n (%)
Alle Themen	3 (17,6)
Erste Veranstaltung	
Aufbau und Vermehrung des HI-Virus	2 (11,7)
Übertragungswege	3 (17,6)
Schutzmöglichkeiten	4 (23,5)
Dritte Veranstaltung	
Palliative Pflege und Schmerzmitteltherapien	3 (17,6)
Gefühle von sterbenden Menschen	1 (5,9)
Kommunikation mit PatientInnen	1 (5,9)
Vierte Veranstaltung	
Suchterkrankungen	7 (41,2)
Abhängigkeitssymptome	2 (11,7)
Fünfte Veranstaltung	
Opportunistische Infektionen	3 (17,6)

Anmerkungen. n = Anzahl der TeilnehmerInnen. % = Prozent.

14 der 18 Befragten beantworteten die offene Frage, welche Themen wiederholt bzw. ergänzt werden sollten. Die Antworten bezogen sich vor allem auf Palliative Pflege und Schmerzmitteltherapien, als auch auf Antiretroviralen Therapie, Suchterkrankungen und Opportunistische Infektionen.

Tabelle 29 Häufigkeit der Nennungen der zu wiederholenden Inhalte der Fortbildung

Ergänzungen und Wiederholungen	n (%)
Zweite Veranstaltung	
ART	2 (14,3)
Dritte Veranstaltung	
Palliative Pflege und Schmerzmitteltherapien	4 (28,6)
Vierte Veranstaltung	
Suchterkrankungen	2 (14,3)
Fünfte Veranstaltung	
Opportunistische Infektionen	2 (14,3)

Anmerkungen. n = Anzahl der TeilnehmerInnen. % = Prozent.

Wünsche der TeilnehmerInnen zu Themen, die in einer Fortbildung behandelt werden sollten bezogen sich auf den Umgang mit und die Pflege von HIV-Infizierten („Pflege der HIV Infektion“, „praktische Tipps zu Pflege und Umgang mit HIV PatientInnen“,

„psychologische Aspekte für die Arbeit“), den Aspekt der Suchterkrankungen („Wege die Sucht zu überwinden, Arten von psychologischer Kommunikation mit Süchtigen“, „Hilfe bei Pflege von Abhängigen“, „Wege und Methoden der Suchtüberwindung“), und medizinische Aspekte („aktuelle Fortschritte der HIV-Therapie“, „vertikale Transmission, ART für Schwangere und Kinder“).

6.4 Multiplikation

Ein Ziel der Fortbildung war, dass die TeilnehmerInnen ihr Wissen weitervermitteln um eine größtmögliche Reichweite zu ermöglichen.

Welche Veranstaltungsinhalte multipliziert wurden, wurde pro Veranstaltung erhoben (Mehrfachnennungen). Die fünfte Veranstaltung konnte dabei nicht evaluiert werden, da die letzte Erhebung im Anschluss an diese letzte Veranstaltung der Fortbildung durchgeführt wurde.

Für die erste Veranstaltung zeigte sich, dass 15 Befragte ihr Wissen zu „Übertragungswegen“ multiplizierten (88,2%) und 14 zu „Diskriminierung von Menschen mit HIV und AIDS“ (82,4%). Auch das Wissen zu den zwei anderen Veranstaltungsinhalten, „Aufbau und Vermehrung des Virus“ und „Postexpositionsprophylaxe“, wurde von 12 Befragten weitervermittelt (70,6%).

Nach der zweiten Veranstaltung berichteten 12 TeilnehmerInnen über „ART-Medikamente und deren Nebenwirkungen“ (70,6%) und zehn über „Voraussetzungen eines ART-Beginns“ (58,8%). Mit acht TeilnehmerInnen sprach weniger als die Hälfte nach der Veranstaltung über „Adherence“ (47,1%) und sechs TeilnehmerInnen über Therapiemöglichkeiten (35,3%).

Nach der dritten Veranstaltung sprachen jeweils 12 TeilnehmerInnen mit ihren KollegInnen über „Palliative Pflege und Schmerzmitteltherapie“ sowie über „Kommunikationsstrategien mit den PatientInnen“ (70,6%). Zehn TeilnehmerInnen berichteten über ihr Wissen zu „Gefühlen von sterbenden PatientInnen“ (58,8%) und sechs erzählten über „Ernährungstipps und Tipps zur Mundpflege“ (35,3%).

Nach der vierten Veranstaltung wurde von zehn TeilnehmerInnen über „*Symptome von Sucht*“ erzählt (58,8%) und von neun über „*gesellschaftliche Ursachen*“ (52,9%). Fünf Befragte berichteten über „*Suchthilfesysteme*“ (29,4%).

Tabelle 30 gibt einen Überblick über die Häufigkeit der Multiplikationen.

Tabelle 30 *Häufigkeit der Nennungen von Multiplikation der Fortbildungsinhalte*

	Anzahl gesamt	Multiplikation Anzahl (%)
Erste Veranstaltung		
Aufbau und Vermehrung des HI-Virus	17	12 (70,6)
Übertragungswege	17	15 (88,2)
Diskriminierung von Menschen mit HIV und AIDS	17	14 (82,4)
Postexpositionsprophylaxe	17	12 (70,6)
Zweite Veranstaltung		
ART-Medikamente und ihre Nebenwirkungen	17	12 (70,6)
Voraussetzung zum ART-Beginn	17	10 (58,8)
Hauptursachen Therapieversagen	17	6 (35,3)
Adherence-Einflussfaktoren und Strategien	17	8 (47,1)
Dritte Veranstaltung		
Palliative Pflege und Schmerzmitteltherapien	18	12 (70,6)
Gefühle von sterbenden Menschen	18	10 (58,8)
Kommunikation mit PatientInnen	18	12 (70,6)
Ernährungstipps und Mundpflege	18	6 (35,3)
Vierte Veranstaltung		
Symptome einer Sucht	18	10 (58,8)
gesellschaftliche Ursachen von Sucht	18	9 (52,9)
Suchthilfesysteme in eigener Region	18	5 (29,4)

Anmerkungen. Mehrfachnennungen. % = Prozent.

Abschließende wurde die TeilnehmerInnen zum letzten Messzeitpunkt gefragt an wen sie vor allem ihr Wissen multipliziert hatten. Hierbei zeigte sich, dass am Häufigsten das Wissen an KollegInnen weitervermittelt wurde und am wenigsten an PatientInnen oder deren Familien.

Tabelle 31 *Häufigkeit der Nennungen von Multiplikation nach Personengruppen*

	Anzahl gesamt	viel	etwas	wenig	gar nicht
KollegInnen	18	17 (94,4)	1 (5,6)	-	-
Freunden	18	13 (72,2)	4 (22,2)	1 (5,6)	-
Familie des PatientInnen	15	10 (55,6)	4 (22,2)	1 (5,6)	-
PatientInnen	15	10 (55,6)	3 (16,7)	2 (11,1)	-
Andere	14	9 (50,0)	3 (16,7)	1 (5,6)	1 (5,6)

Anmerkungen. Mehrfachnennungen.

7. Diskussion

Ambulante Pflege befindet sich Jahre nach der Unabhängigkeit der Ukraine in einigen Städten bzw. Regionen im Aufbau. Dieser neue Gesundheitssektor wird vom ukrainischen Gesundheitsministerium nicht gefördert und die Organisationen sind auf internationale Hilfen angewiesen.

Mit der finanziellen Unterstützung der Caritas Ukraine war die Bedingung verbunden, die Pflegekräfte im Bereich HIV und AIDS weiterzubilden. Diese wurde mit dem Pilotprojekt „Qualifizierung von Pflegekräfte in der ambulanten Versorgung von Menschen mit HIV und AIDS in der Ukraine“ in deutsch-ukrainischer Kooperation erfüllt. Die zunächst für ein Jahr konzipierte Fortbildung beinhaltete bio-psycho-soziale und medizinische Aspekte der Pflege von Menschen mit HIV und AIDS und wurde innerhalb von fünf Wochenendveranstaltungen zwischen Dezember 2005 und Oktober 2006 in der Ukraine durchgeführt.

Projektbegleitend wurde die Fortbildung evaluiert. Aufgrund des verwendeten Längsschnittuntersuchungsdesigns (Panelstudie mit drei Messzeitpunkten) und der wachsenden und zum Teil wechselnden TeilnehmerInnenzahl konnten von den insgesamt 29 TeilnehmerInnen Daten von 18 Befragten verwendet werden. Für Vergleiche oder Verallgemeinerung der Stichprobenergebnisse auf eine Grundgesamtheit (bspw. medizinische Pflegekräfte in der Ukraine) lagen keine Studien aus der Ukraine vor⁹. Jedoch wird der Wissensstand sowohl in der Bevölkerung als auch in den Gesundheitsberufen sehr gering eingeschätzt (Schleifer, 2006; DeBell & Carter, 2005).

Folgende Hypothesen wurden überprüft:

- Durch die Fortbildung erhöht sich das Wissen der TeilnehmerInnen zum Krankheitsbild HIV und AIDS.
- Durch die Fortbildung erhöht sich das Wissen der TeilnehmerInnen zu wahrscheinlichen und unwahrscheinlichen Infektionswegen.

⁹ Der Vergleich mit bspw. dem Wissensstand westeuropäischer Pflegekräfte wurde aufgrund der unterschiedlichen Sozialisations-, Ausbildungs- und Aufklärungshintergründe nicht für sinnvoll erachtet.

- Durch die Fortbildung wird das berufliche Infektionsrisiko von den TeilnehmerInnen geringer eingeschätzt.
- Durch die Fortbildung erhöht sich das Wissen der TeilnehmerInnen zu beruflichen Schutzmassnahmen.

Alle Hypothesen konnten bestätigt werden. Das Basiswissen zum Krankheitsbild HIV und AIDS sowie das Wissen zu Übertragungswegen verbesserte sich. Das berufliche HIV-Infektionsrisiko wurde am Ende der Fortbildung etwas geringer eingeschätzt und auch das Wissen über berufliche Schutzmaßnahmen subjektiv besser beurteilt. Es zeigte sich aber auch, dass sich nicht alle Aspekte kontinuierlich verbesserten.

Hypothese I: Durch die Fortbildung erhöht sich das Wissen der TeilnehmerInnen zum Krankheitsbild HIV und AIDS.

Basiswissen über die HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung ist eine der wichtigsten Grundlagen in der Pflege. Zur Überprüfung des Wissensstands der TeilnehmerInnen im Verlauf der Fortbildung wurden vier Items verwendet: fehlende Heilbarkeit und fehlender Impfstoff, prinzipielle Differenzierung HIV-positiv von AIDS und generelle Infektionsgefahr bei HIV und AIDS. Ein weiteres selbst erstelltes Item berücksichtigte die hohe Prävalenz von Hepatitis und Tuberkulose in der Ukraine und erfragte das Wissen zur Unterscheidung der Infektionsrisiken bei HIV, Hepatitis und Tuberkulose.

Im Verlauf der Fortbildung verbesserte sich das Wissensniveau mit Ausnahme der Differenzierung HIV-positiv von AIDS. Das Ausgangswissen zur Differenzierung war am höchsten und sank im Verlauf der Fortbildung leicht ab. Insgesamt blieb er aber auf dem hohen Niveau. Die meisten Befragten wussten zudem zu Beginn von der fehlenden Heilbarkeit der HIV-Infektion und am Ende beantworteten fast alle Befragten richtig, dass HIV bzw. AIDS nicht heilbar ist. Nur die Hälfte der Befragten wusste dagegen zu Beginn von der fehlenden Impfprophylaxe. Auch dieses Wissen konnte im Verlauf verbessert werden. Das geringste Ausgangswissen zeigte sich hinsichtlich der unterschiedlichen Infektionsrisiken bei Hepatitis, HIV und Tuberkulose. Auch am Ende wusste nur weniger als die Hälfte die Frage richtig zu beantworten.

Aufgrund der Ergebnisse wurde deutlich, dass insbesondere große Wissenslücken zu den unterschiedlichen Infektionsrisiken bei HIV, Hepatitis und Tuberkulose bestanden, und sich das Wissen, wenn auch nur leicht, bei der Differenzierung HIV-positiv von AIDS verschlechterte.

Da Tuberkulose eine weit verbreitete (opportunistische) Erkrankung in der Ukraine ist, ist es für zukünftige Projekte notwendig verstärkt auf diesen Aspekt einzugehen. Nicht nur HIV, sondern auch Tuberkulose und Hepatitis weisen hohe Inzidenzen und Prävalenzen in der Ukraine auf und stellen ein Gesundheitsrisiko auch für Pflegekräfte dar. In der fünften Veranstaltung wurden Tuberkulose und Hepatitis gleich einer Vielzahl von anderen opportunistischen Erkrankungen bereits behandelt. Es sollten diese mit Blick auf die gesundheitliche Lage in der Ukraine noch ausführlicher besprochen werden. Aufgrund der geringen Inzidenzen und Prävalenzen von Tuberkulose in Deutschland kann dabei die Relevanz durch die unterschiedlichen Sichtweisen/Realitäten in der Konzeption unterschätzt worden sein.

In zukünftigen Fortbildung sollte auch vertiefend auf die Differenzierung HIV-positiv von AIDS eingegangen werden. Das Wissen dazu ist relevant für eine adäquate Pflege der Betroffenen. Der Krankheitsverlauf und zu erwartende opportunistische Erkrankungen können dadurch prognostiziert und die Pflege und auch die Anleitung zur Pflege darauf ausgerichtet werden.

Bei der Beantwortung der Items wurden mögliche Verzerrungen deutlich. Das Thema der Fortbildung war HIV und AIDS, so dass sich die TeilnehmerInnen auf diesen Aspekt vermutlich stärker konzentrierten und dies die Beantwortung des Items zu unterschiedlichen Infektionsrisiken (HIV, Hepatitis und Tuberkulose) beeinflusst haben kann. Auch die fehlenden medizinischen Ausbildungen bei 6 der 18 Befragten können die Ergebnisse verzerrt haben. Gesprächen während der Fortbildungen zufolge waren opportunistische Erkrankungen und somit deren Übertragungswege und –risiken sowie deren Diagnose und Behandlung vielen TeilnehmerInnen nicht bekannt. Die Notwendigkeit der Auseinandersetzung mit opportunistischen Erkrankungen wird erneut deutlich.

Fehlendes Wissen zu opportunistischen Erkrankungen und die Bedingungen im Gesundheitssystem können auch die Ergebnisse zur Differenzierung HIV-positiv von AIDS beeinflusst haben. Einerseits richtet sich die Bestimmung der Stadien nach dem Erkrankungsverlauf (opportunistische Infektionen). Andererseits müssen zur Differenzierung im Labor Blutwerte (Helferzellzahl) bestimmt werden. Blutuntersuchungen sind im ukrainischen Gesundheitssystem in den wenigsten Fällen kontinuierlich gegeben. Nicht alle Einrichtungen verfügen über das nötige Equipment und Wissen. Interdisziplinäre Zusammenarbeit bspw. zwischen den (Poli-)Kliniken und den ambulanten Pflegediensten ist nicht üblich. Daher handelte es sich um eine sehr theoretische medizinische Unterrichtseinheit, deren Komplexität zur Verunsicherung geführt haben kann und/oder nicht praktisch umgesetzt und somit verinnerlicht werden konnte.

Auch für die Ergebnisse des geringen Wissensstands zur fehlenden Impfmöglichkeit sind Verzerrungen denkbar. Während des Ausfüllens der Fragebögen wurden an allen drei Messzeitpunkten für die Beantwortung dieses Items („*Es gibt keine wirksame Impfung gegen HIV*“) semantische Verständnisfragen gestellt. Die Formulierung führte bei den Befragten offensichtlich zur Verunsicherung, ob durch *ja* oder *nein* der fehlenden Impfmöglichkeit zugestimmt wird. Die eventuell daraus resultierenden Verzerrungen sollten in weiteren Studien berücksichtigt werden und überlegt werden, das Item umzuformulieren.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass die Fortbildung darin erfolgreich war Basiswissen zu vermitteln. In zukünftigen Fort- oder Weiterbildungen sollte in der Konzeption verstärkt die allgemeine gesundheitliche Lage berücksichtigt werden und andere Infektionskrankheiten, wie Tuberkulose und andere sexuell übertragbare Infektionskrankheiten, wie Hepatitis unterrichtet werden. In weiterführende Untersuchungen sollte der Wissensstand zu diesen Erkrankungen ausführlicher betrachtet werden, um gezielter auf die Bedürfnisse in der Ukraine eingehen zu können.

Hypothese II: Durch die Fortbildung erhöht sich das Wissen der TeilnehmerInnen zu wahrscheinlichen und unwahrscheinlichen Infektionswegen.

Für den Schutz der Gesundheit der Pflegekräfte bedarf es im Wissenstransfer über HIV und AIDS auch der ausführlichen Auseinandersetzung mit Übertragungswegen und –risiken im alltäglichen und insbesondere im beruflichen Kontext. Das Wissen über Aufgaben oder Situationen in denen (k)eine Ansteckungsgefahr besteht kann einen angstfreien und sicheren Umgang mit den PatientInnen ermöglichen. Welche Ängste vor einer beruflichen HIV-Infektion bestanden wird in Hypothese drei dargestellt. Hypothese zwei überprüfte zuerst den objektiven Wissensstand der Übertragungswege.

Das Wissen zu hochriskanten Infektionswegen war bei nahezu allen TeilnehmerInnen bereits zum ersten Messzeitpunkt hoch (bspw. zu ungeschütztem Sexualverkehr und Spriztentausch), so dass sich für dieses Wissen keine signifikanten Veränderungen zeigen konnten.

Für Situationen, in denen keine Infektionsgefahr bestand, konnte das Wissensniveau verbessert werden, in dem diese am Ende deutlich als nicht riskant bewertet wurden. Signifikante Unterschiede ($p < ,05$) zeigten sich hierbei für die sozial integrative Situation des gemeinsamen Essens und Trinkens mit PatientInnen, und hochsignifikante Ergebnisse ($p < ,01$) ergaben sich für den ungefährlichen Kontakt zu den PatientInnen bei körperlichen Untersuchungen. Beide wurden gleich anderer ungefährlicher Aufgaben am Ende deutlicher als nicht riskant beantwortet. Es ist dementsprechend davon auszugehen, dass durch den Wissenstransfer ein angstfreier Umgang mit den PatientInnen möglich werden konnte. Somit kann auch von einer besseren Behandlung und Umgang mit den PatientInnen auf der zwischenmenschliche Ebene ausgegangen werden, wenn Untersuchungen ohne Ängste durchgeführt werden und ohne Ängste vor einer Infektion mit den PatientInnen (und deren Familien) gegessen und getrunken wird. Auch mit der Überprüfung der notwendigen Multiplikation der Veranstaltungsinhalte wurde deutlich, dass am häufigsten Wissen zu Übertragungswegen an KollegInnen weitervermittelt wurde (siehe Multiplikation durch die TeilnehmerInnen in diesem Kapitel). Es kann zudem vermutete werden, dass die Pflegekräfte als Vorbild für die Familien der PatientInnen fungieren und somit ein weiterer

Beitrag zu Angstabbau und Entstigmatisierung geleistet werden konnte.

Damit kann das Pilotprojekt als besonders erfolgreich bewertet werden. Erfahrungsberichte der DozentInnen bestätigen die Ergebnisse. Jeweils ein Tag vor jeder Veranstaltung wurden Besuche bei ein bis zwei PatientInnen von den DozentInnen und den jeweiligen Pflegekräften durchgeführt. Im Verlauf der Fortbildung erschien den DozentInnen, dass sich die Kontakte während der (körperlichen) Untersuchungen intensivierten.

Hypothese III: Durch die Fortbildung wird das berufliche Infektionsrisiko von den TeilnehmerInnen geringer eingeschätzt.

Aufgrund der Berichte von Human Rights Watch über Ängste beim medizinischen Personal vor einer beruflichen Infektion und dem (potenziell negativen) Einfluss auf die Pflege und Behandlung der PatientInnen (Schleifer, 2006), wird die Reduzierung dieser Ängste als integraler Part im Umgang mit der HIV-Epidemie angesehen (Gold, Tomkins, Melling & Bates, 2004).

Das berufliche Infektionsrisiko wurde in Form einer subjektiven Einschätzung durch die TeilnehmerInnen erhoben. Der grundsätzliche Aussagewert, den diese und die noch folgenden subjektiven Beurteilungen haben können, wird an späterer Stelle ausführlicher diskutiert (siehe Fragebogenkritik in diesem Kapitel).

Das Risiko wurde von den 18 TeilnehmerInnen bereits zu Beginn als gering beurteilt und wurde am Ende noch etwas geringer bewertet. Auffällig war, dass das Risiko während der Fortbildung signifikant höher eingeschätzt wurde ($p < ,05$) und sich dann zum Ende wieder signifikant verringerte ($p < ,05$). Die Fortbildung schien hierbei bei einer Effektstärke von $d = ,2$ nur einen geringen Einfluss auf die subjektive Einschätzung zu haben, wobei der Effekt aufgrund der guten Ausgangswerte gleichfalls nur gering sein konnte.

Dass das Risiko am Ende leicht geringer als zu Beginn beurteilt wurde, kann mit dem verbesserten Wissen zu ungefährlichen Aufgaben in der Pflege (siehe Hypothese zwei) zusammenhängen, wobei eine statistische Überprüfung der 15 Items zu Übertragungswegen

mit der Skala zur Risikoeinschätzung nicht durchgeführt werden konnte.

Bemerkenswert ist, dass den subjektiven Einschätzungen zufolge zu Beginn und am Ende wenige Ängste vor einer beruflichen HIV-Infektion existierten, was sich nicht mit den in der Literatur beschriebenen Ängsten deckt. Zudem besteht ein Widerspruch zu Wortmeldungen während der Fortbildung über die in der Ukraine gebräuchlichen Schutzmaßnahmen. So berichteten die TeilnehmerInnen in der ersten Veranstaltung unter anderem, dass in einigen Regionen als Standard gilt, mehrere (drei bis fünf) Handschuhe gleichzeitig zu verwenden. Selbstverständlich wurde die „Praxis der vielen Handschuhe“ von den DozentInnen in Frage gestellt und die unterschiedlichen Standpunkte (an)diskutiert. Die daraus resultierenden Verunsicherungen oder das Infragestellen von bisher vertrautem kann wiederum die zwischenzeitlich höhere Risikoeinschätzung erklären.

Aufgrund der Widersprüche muss in zukünftigen Veranstaltungen weiterhin auf Ängste vor beruflichen Infektionen eingegangen werden, wobei die Auseinandersetzung mit Ängsten grundsätzlich einer längerfristigen Beschäftigung bedarf.

Hypothese IV: Durch die Fortbildung erhöht sich das Wissen der TeilnehmerInnen zu beruflichen Schutzmassnahmen.

Der Wissensstand wurde von den 18 TeilnehmerInnen im Verlauf und im Prä-Post-Vergleich hochsignifikant besser beurteilt ($p < ,01$) und ein mittlerer Effekt durch die Fortbildung ermittelt ($d = ,6$). Bereits zum zweiten Messzeitpunkt bewerteten die Befragten ihr Wissen signifikant besser ($p < ,05$).

Ein statistischer Zusammenhang des kontinuierlichen Anstiegs der Selbsteinschätzungen zum Wissensstand über Schutzmaßnahmen und der Risikowahrnehmung vor einer beruflichen HIV-Infektion konnte nicht gezeigt werden ($r = ,1$). Zu vermuten wäre, dass die Stichprobengröße zu gering war und/oder der kognitive Zugang zum Thema nicht gleich einen Einfluss auf die Risikowahrnehmung haben kann und einer längerfristigen Auseinandersetzung bedarf.

Aufklärung über Schutzmaßnahmen kann als Beitrag gesehen werden, die Gesundheit der Pflegekräfte, der PatientInnen und der Familien zu schützen und einen angstfreien

Umgang zu ermöglichen. Nach Wierz und Kuhlenkamp (1997) bedarf es für die Pflege und Versorgung von Menschen mit HIV und AIDS weniger HIV-spezifischen Schutzmaßnahmen, als vielmehr der Beachtung grundsätzlicher Maßnahmen. Aufgrund fehlender Informationen welche Schutzmaßnahmen in der Ukraine üblich sind und in der Ausbildung gelehrt werden, und der Annahme, dass es sich in medizinischer Hinsicht um ähnliches Wissen handelt, wurde hierbei auch eine subjektive Einschätzung durch die TeilnehmerInnen gewählt. Da das Wissen im Verlauf sehr deutlich besser beurteilt wurde, kann wiederum die Fortbildung als sehr erfolgreich beurteilt werden. Wie bereits in Hypothese drei beschrieben waren jedoch die Sichtweisen bzw. Standards teilweise sehr verschieden. Es ist denkbar, dass sich die Selbsteinschätzung auf die ukrainischen Maßnahmen oder Regeln bezogen, und nicht wie in der Konzeption der Frage angenommen, gleiche oder ähnliche Schutzmaßnahmen angewendet werden wie in Westeuropa. Da vom westeuropäischen medizinischem Standpunkt gesehen die Verwendung von mehreren Handschuhen kontraproduktiv ist, kann trotz guter Selbsteinschätzung an diesem Beispiel die Notwendigkeit verdeutlicht werden, zukünftig auf die Thematik Schutzmaßnahmen ausführlich einzugehen und die (international und regional unterschiedlichen) Maßnahmen herauszuarbeiten und zu hinterfragen.

Beurteilung der Fortbildung durch die TeilnehmerInnen

In der zusätzlichen deskriptiven Darstellung der Beurteilung der fünf Veranstaltungen durch die TeilnehmerInnen wurde deutlich, dass die Fortbildung durchweg sehr gut beurteilt wurde (inhaltliche Gestaltung, Vermittlung der Inhalte und Seminaratmosphäre). Die Fortbildung konnte an das Vorwissen insgesamt sehr gut anknüpfen. Das Wissen wurde nach der Fortbildung fast ausschließlich höher eingeschätzt und die Themenschwerpunkte als sehr relevant für den Arbeitsalltag beurteilt. Jedoch wurden nicht alle Themen multipliziert.

Der Prä-Post-Vergleich der Selbsteinschätzung des Wissensstandes pro Veranstaltungsthema zeigte mit Ausnahme der Veranstaltung „*Sucht und Suchterkrankungen*“ höchstsignifikante Verbesserungen ($p < ,001$). Die Berechnung der Effektstärken zeigte für alle Veranstaltungen hohe Effekte. Einschränkend ist zu erwähnen, dass die Standardabweichungen stets voneinander abwichen und die Effekte überschätzt sein könnten. „*Sucht und Suchterkrankungen*“ zeigte eine hochsignifikante Verbesserung ($p < ,01$), wobei dieses Wissen von den TeilnehmerInnen zu Beginn am höchsten eingeschätzt

wurde. Das geringste Wissen zeigte sich für die Veranstaltung „*ART: Nebenwirkung, Therapie und Resistenzen*“.

Das Informationsbedürfnis der TeilnehmerInnen war am Ende für alle Veranstaltungsthemen weit reichend gedeckt. Nur der Aspekt „*Schmerztherapien*“ in der Veranstaltung der Palliativen Pflege erbrachte einen Anstieg des Wunsches nach Informationen und sollte dementsprechend in der zukünftigen Planung berücksichtigt werden.

Dass das Wissen über Sucht von den TeilnehmerInnen am höchsten bewertet wurde, spiegelt ihre Angaben wider, die als zusätzliche Informationen in der Befragung erhoben wurden. Aus diesen ging hervor, dass ihnen HIV-positiven Menschen, die intravenös Drogen gebrauchen, am Vertrautesten waren und sie sich somit offenbar hinsichtlich dieser Auseinandersetzung am sichersten fühlten. Persönliche Beobachtungen der Evaluatorin und der LeiterInnen der Fortbildung ergaben jedoch gerade für dieses Thema eine besonders notwendige und längerfristige Diskussion hinsichtlich der Einsicht der TeilnehmerInnen, Sucht als Erkrankung anzuerkennen und in der Pflege zu berücksichtigen. Ähnlich der verschiedenen Standards zu Schutzmaßnahmen sind auch die Sichtweisen zu Sucht und Suchterkrankungen sehr unterschiedlich. Beispielsweise wird in der Ukraine nur der Gebrauch illegalisierter Substanzen als Sucht bezeichnet. Anderen Berichten zufolge wird ein Heroinentzug mit Alkohol kompensiert und Rückfälle werden als eine Art Charakterschwäche und nicht als Teil der Erkrankung wahrgenommen. Diese wenigen Beispiele sollen verdeutlichen, dass in Deutschland zumeist von einem anders gefassten Begriff von Sucht ausgegangen wird, und sich somit auch im Umgang, in der Behandlung und in der Versorgung unterschiedliche Herangehensweisen ergeben. Die Auseinandersetzung mit dem gleichsam komplexen Thema Sucht und Suchterkrankung muss ein wesentlicher Aspekt in der Fortbildung werden. Dies war bereits in der Konzeption ein bewusstes Anliegen. Jedoch kann ein Wochenendseminar nur Grundlagen vermitteln für eine zukünftige intensivere Auseinandersetzung, wobei die unterschiedlichen Sichtweisen und Themen wie Schuldzuweisungen, Illegalisierungsmechanismen, Stigmatisierung und Tabuisierung und/oder die Auswirkungen auf die Pflege nur wenige Beispiele sind, die hierzu berücksichtigt werden müssen.

Die TeilnehmerInnen beurteilten ihren Wissensstand besonders gering hinsichtlich der Veranstaltung zur Antiretroviralen Therapie. Die Vergabe dieser Medikamente wird in der Ukraine nur wenigen PatientInnen gewährt, so dass wenige Erfahrungen bestehen konnten. Zudem wird vermutlich die Thematik dem Aufgabenbereich von ÄrztInnen zugeschrieben. Persönlichen Berichten in der Ukraine zufolge gibt es kaum Literatur, die Pflegekräfte oder Betroffene über die Behandlung oder Nebenwirkungen der ART aufklärt. Informationen über das Internet können nur diejenige bekommen, die über einen Computer und einen Internetzugang verfügen. Hierbei bestätigt sich der Einfluss des sozioökonomischen Status auf Gesundheitsverhalten und Gesundheitsstatus (vgl. Hurrelmann, 2006). Notwendig, relativ schnell umsetzbar und hilfreich erscheint, russisches und ukrainisches Aufklärungsmaterial über die in der Ukraine und in anderen Ländern verfügbaren Therapieregime bereitzustellen, wobei dies die Aufgaben und Ressourcen der hier beschriebenen Fortbildung übersteigen würde. Zudem wäre dies nicht ausreichend, sondern es bedarf der grundsätzlich verstärkten Bereitstellung und Entwicklung von Aufklärungsmaterial und Aufklärungskampagnen. Auch hierbei sollten der Fokus nicht nur auf HIV und AIDS gelegt werden, sondern es müssen gleichfalls die Erkrankungen mit einbezogen werden, die auch die gesundheitliche Lage der ukrainischen Bevölkerung dominieren.

Multiplikation durch die TeilnehmerInnen

Ein weiteres wesentliches Anliegen der Fortbildung war, dass die TeilnehmerInnen die ihnen unterrichteten Inhalte weitervermittelten, um eine größtmögliche Reichweite und nachhaltige Wirkung zu erzielen.

Das Wissen wurde insbesondere an KollegInnen multipliziert und weniger an PatientInnen und/oder deren Familien. Somit war die Fortbildung erfolgreich, indem fast alle TeilnehmerInnen als MultiplikatorInnen fungierten. In zukünftigen Projekten muss der Fokus auf die Anleitung zur Multiplikation von PatientInnen und deren Familien gelegt werden.

An der Häufigkeit der Mehrfachnennungen wurde ersichtlich, dass die Befragten vor allem das Wissen zu „Übertragungswegen“ und zu „Diskriminierung von Menschen mit HIV und AIDS“ multiplizierten. Beide Aspekte stellen eine wichtige Grundlage im Umgang mit

HIV-positiven Menschen dar, und es kann davon ausgegangen werden, dass zu diesen Aspekten das größte Interesse bestand und/oder diese besonders gut verinnerlicht werden konnten.

Besonders selten wurde anschließend über „*Suchthilfesysteme in der eigenen Region*“, „*Hauptursachen von Therapieversagen*“ und „*Ernährungstipps und Mundpflege*“ gesprochen. Möglicherweise sahen sie die Notwendigkeit des Auf- und Ausbaus von Suchthilfesystemen nicht als Aufgabe der Pflege, und aufgrund fehlender Informationsmaterialien und der starken Trennung der Aufgaben und der Hierarchisierung zwischen Pflegekräften und ÄrztInnen, die Ursachen von Therapieversagen der ART-Medikamente als Wissensbereich von ÄrztInnen an. Dass die Tipps zur Pflege nicht so häufig weiter getragen wurden, spiegelt das unterschiedliche Verständnis von Pflege gut wider. Pflege oder Prophylaxen sind bspw. keine originären Aufgaben ukrainischer Pflegekräfte, sondern die der Familien. Es bedarf daher der ausführlichen Auseinandersetzung mit dem Verständnis von Pflege.

(Fehlende) Erfahrungen mit der Pflege von Menschen mit HIV und AIDS

Die Auswahl der TeilnehmerInnen oblag der Caritas Ukraine. Anliegen der Leitung der Caritas war es, dass aus allen Städten und Regionen, in denen sie eine Sozialstation aufgebaut hatten, VertreterInnen (wenn möglich die jeweilige LeiterIn der Sozialstation und mindestens eine Pflegekraft) an der Fortbildung teilnahmen. Ambulante Pflege konnte aus finanziellen Gründen zu Beginn nur für alte und invalide Menschen angeboten werden. Die Pflege von Menschen mit HIV und AIDS befindet sich im Aufbau und soll auf die bereits bestehenden Sozialstationen sukzessiv ausgeweitet werden. Dementsprechend nahmen an der Fortbildung mehr MitarbeiterInnen der Caritas Ukraine teil, die noch keine Erfahrungen in der Pflege von Menschen mit HIV und AIDS hatten.

Mit der Projektevaluation wurden die Hypothesen zusätzlich hinsichtlich der (fehlenden) Erfahrungen überprüft. Aufgrund der überwiegenden Vermittlung von Basiswissen (bedingt v. a. durch die begrenzte Zeit der Wochenendveranstaltungen) war die Grundannahme, dass die unerfahrenen TeilnehmerInnen mehr von der Fortbildung profitierten als die erfahrenen TeilnehmerInnen.

Erwartungsgemäß hatten die TeilnehmerInnen ohne Erfahrungen größere Wissenslücken zu grundsätzlichen Aspekten und profitierten dementsprechend mehr von der Vermittlung des Basiswissens. Am Ende der Fortbildung hatten sie zudem ein höheres Wissensniveau als die erfahrenen TeilnehmerInnen.

In der Einschätzung des Wissens zu Schutzmaßnahmen bewerteten die unerfahrenen TeilnehmerInnen ihr Wissen stets niedriger als die erfahrenen TeilnehmerInnen. Jedoch zeigte sich auch hierbei bei ihnen ein deutlicherer Wissensanstieg.

Das Wissen über Infektionswege zeigte dagegen keinen substanziellen Unterschied, so dass auch hierbei die Fortbildung erfolgreich war, indem alle TeilnehmerInnen gleich gute Wissensveränderungen zeigten (insbesondere bei den Aufgaben der Pflege und alltägliche Situationen in denen keine Infektionsrisiken bestehen).

Nur die subjektive Risikoeinschätzung vor einer beruflichen HIV-Infektion verbesserte sich entgegen der Grundannahme bei den erfahrenen TeilnehmerInnen etwas deutlicher. Das Risiko wurde von den unerfahrenen TeilnehmerInnen an allen drei Messzeitpunkten höher eingeschätzt als von den erfahrenen TeilnehmerInnen. Zudem blieb die Einschätzung im Prä – Post – Vergleich bei den unerfahrenen TeilnehmerInnen nahezu konstant. Eine Erklärung ist, dass dieser Wissenstransfer für diejenigen, die noch keine PatientInnen mit HIV und AIDS pflegten zu theoretisch war.

Einschränkend ist zu erwähnen, dass die statistischen Überprüfungen keinen signifikanten Zusammenhang hinsichtlich der Erfahrungen ergaben, was grundsätzlich mit der geringen Stichprobengröße erklärbar sein kann.

Den LeiterInnen der Fortbildung war im Vorfeld nicht bekannt, wie viele TeilnehmerInnen bereits ihre Erfahrungen mit der Pflege von Menschen mit HIV und AIDS in die Fortbildung einbringen würden. Es war auch nicht bekannt, dass auch SozialarbeiterInnen teilnehmen würden, die keine medizinische Ausbildung hatten. In der Untersuchung hätte die Gesamtstichprobe ebenfalls in diese zwei Subgruppen unterteilt werden können. Aufgrund der Leserlichkeit wurde auf diese weitere Evaluationsmöglichkeit verzichtet, da in dieser Differenzierung der Erfahrungshintergrund der Pflege impliziert war. In weiteren Untersuchungen sollte der Aspekt jedoch beleuchtet werden. Es ist auch zu

überlegen, eine spezielle Fortbildungsreihe für sozialpflegerische/sozialpädagogische Aspekte den SozialarbeiterInnen anzubieten.

Das Wissen um die unterschiedlichen Erfahrungen hätte einen Einfluss auf die Konzeption und Didaktik haben können. Einerseits könnten einige Aspekte vertiefender in nach Erfahrungen getrennten Gruppen behandelt werden. Denkbar wäre auch eine gesonderte Basiseinführung für die unerfahrenen TeilnehmerInnen. Andererseits ist zu vermuten, dass so eine weitere Form der Multiplikation und zwar innerhalb der Gruppe möglich wurde und während der Veranstaltungen Fragen zum Basiswissen gestellt wurden, die die erfahrenen TeilnehmerInnen aus Gründen der Selbstdarstellung nicht gestellt hätten. Persönliche Erfahrungen zeigten, dass es im Verlauf der Weiterbildung zur deutlichen Vermischung der Gruppe (Städte/Regionen) kam. Zu Beginn unterhielten sich die TeilnehmerInnen erwartungsgemäß zumeist mit ihren direkten KollegInnen. Es ist daher davon auszugehen, dass durch die gemeinsame Teilnahme eine Basis für eine gelungene Netzwerkbildung und Multiplikation geschaffen wurde. Diese Form des Austausches oder der Peer-Education erscheint sinnvoll, insbesondere für sensible Themen wie Stigmatisierung, Tabuisierung und Ängste.

Fragebogenkritik

Die Fortbildung wurde mit Hilfe einer Panelstudie evaluiert und bedurfte der Entwicklung eines neuen Messinstruments.

Die Konzeption des Messinstruments gestaltete sich schwierig. Vergleichbare Studien existierten nicht, es lagen keine bzw. sehr wenige Informationen über die TeilnehmerInnen vor und gleichfalls waren keine Informationen über deren Wissensstand oder Arbeitsweise eruiert. Eine qualitative Vorstudie zur Erhebung des Ist-Zustandes und der Bedürfnisse der Pflegekräfte wäre sinnvoll gewesen, da es sich um ein Pilotprojekt handelte. Aus finanziellen und organisatorischen Gründen konnte diese nicht durchgeführt werden.

Zudem waren die Inhalte der Fortbildung so komplex wie die Erkrankung und die Pflege der Betroffenen selbst, wodurch sich auch Probleme in der Operationalisierung ergaben und verstärkt auf globale subjektive Einschätzungen der TeilnehmerInnen

zurückgegriffen wurde.

Das Messinstrument wurde zur Gewährleistung der Validität der Übersetzung von vier unabhängigen Personen in Deutschland gegengelesen. Wegen fehlender Vergleichsstudien konnte das (vermutete) Sprachniveau nicht explizit beachtet und das semantische Verständnis nicht überprüft werden (bspw. „Opportunistische Infektionen“, „Antiretrovirale Therapie“ oder „Palliative Pflege“).

Zudem konnte aus finanziellen und organisatorischen Gründen kein Pretest in der Ukraine durchgeführt werden.

Während der Durchführung der Befragung zeigte sich, dass die Messinstrumente zu ausführlich waren. Die TeilnehmerInnen brauchten länger als erwartet (bis zu 45 Minuten). Im Vorfeld war nicht bekannt, dass sie mit diesen Untersuchungsmethoden nicht vertraut waren. Auch hat die Konzentration vermutlich darunter gelitten, dass die ersten beiden Fragebögen jeweils zu Beginn der Veranstaltungen ausgefüllt wurden und die Befragten teilweise die Nacht zuvor mehrstündige Zugfahrten hinter sich hatten. Der letzte Befragungszeitpunkt lag am Ende der letzten Veranstaltung. Die Unerfahrenheit und die eventuelle Konzentrationseinschränkungen können einen negativen Einfluss auf die Datenerhebung gehabt haben.

Während der Datenauswertung zeigte sich bei einigen Formulierungen, dass (fast) niemand oder (fast) alle zustimmten und diese Items in der Auswertung dichotomisiert werden mussten (bspw. Items zur Beurteilung des Wissenszuwachses und der Alltagsrelevanz pro Veranstaltung). Diese müssten überarbeitet werden. Zudem kann vermutet werden, dass die sechsstufigen Antwortskalen aufgrund der fehlenden Erfahrungen mit Befragungen die Verwendung der Extremwerte begünstigte. In zukünftigen Studien sollte in diesem Fall überprüft werden, ob Skalen entweder mit weniger Ausprägungen differenziertere Antworten ermöglichen oder alle Itemstufen verbal verankert werden sollten.

Die verwendeten subjektiven Selbstauskünfte bargen auch die Gefahr, dass die Befragten aufgrund sozialer Erwünschtheit oder wegen der Selbstdarstellung die Ergebnisse verzerrten (Schwarzer, 1999). Eine Skala mit Fragen zur sozialen Erwünschtheit wäre daher

sinnvoll gewesen, auch wenn sie nur bedingt die Verzerrungen widerspiegeln können (Schwarzer, 1999). Die Ergebnisse der subjektiven Einschätzungen konnten so nur unter Vorbehalt interpretiert werden. Die Erfahrungen der (Gast-)DozentInnen und persönliche Erfahrungen lassen die Vermutung zu, dass die TeilnehmerInnen in ihrem Antwortverhalten ein grundsätzlich positives Feedback vermitteln wollten. Im Verlauf der Fortbildung erfuhren die Befragten, dass die Fortbildung ehrenamtlich in der Freizeit der (Gast) DozentInnen durchgeführt wurde, und es wurde in einigen Gesprächen deutlich das der „Besuch aus dem Westen“ und der Aufenthalt in den vier Städten während der Veranstaltung von den TeilnehmerInnen als Anerkennung/Belohnung angesehen wurde.

Trotz alledem kann die Durchführung der Evaluation im Paneldesign in der Umsetzung und Auswertung als sehr sinnvoll angesehen werden und zur Qualitätssicherung eingesetzt werden. Das Messinstrument kann als Grundlage für zukünftige Evaluationen in der Ukraine dienen. Nötig ist eine größere Stichprobe um die Testgüte bestimmen zu können. Die erwähnten Einschränkungen und Hindernisse sollten in der Vorbereitung zukünftiger Projekte in bilateraler Kooperation berücksichtigt werden.

Fazit

Mit der Evaluation konnte gezeigt werden, dass die Ziele der Fortbildung erreicht wurden. Deutlich wurde aber auch, dass die Inhalte für zukünftige Fortbildungen erweitert werden sollten. Die Vermittlung von Basiswissen ist weiterhin von Bedeutung. Durch die geplante langfristige und somit nachhaltige Zusammenarbeit sollte mit zunehmender vertrauensvoller Zusammenarbeit folgende Aspekte in die Konzeption aufgenommen werden:

- Die unterschiedlichen Sichtweisen in der Vermittlung der Inhalte erkennen und berücksichtigen.
- Die gesundheitliche Lage der ukrainischen Bevölkerung einbeziehen und das Themenspektrum auf andere sexuell übertragbare Krankheiten und Infektionskrankheiten (insbesondere Tuberkulose) erweitern.
- Die Pflege als Aufgabe der Pflegekräfte verdeutlichen und die Angehörigenarbeit stärker einbinden.
- Die Ausbildung der TeilnehmerInnen als MultiplikatorInnen für PatientInnen

und deren Familien erweitern.

- Diskriminierung und Tabuisierung von kranken und/oder abhängigen Menschen in der ukrainischen Bevölkerung und speziell in Gesundheitsberufen thematisieren und den Wille zur Veränderung fördern.

Das Pilotprojekt und die Weiterführung der Ausbildung verstehen sich weiterhin als unterstützende Begleitung und Starthilfe. Veränderungen können jedoch nur aus eigenen landesinternen Kräften heraus entstehen. Dazu bedarf es:

- Die Notwendigkeit der Kooperation staatlicher und nichtstaatlicher Institutionen aufzuzeigen und den Aufbau zu unterstützen. Dazu könnten über Kooperationen mit der Deutschen Aids Hilfe und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung nachgedacht werden. In Ukraine spielt zudem in der Bevölkerung Religion und Kirche eine bedeutende Rolle, so dass auch diese als Kooperationspartner einbezogen werden müssen.
- Da der politische Wille eine entscheidende Voraussetzung für eine umfangreiche Aufklärung ist, um Neuinfektionen zu vermeiden (Schleifer, 2006) müssen sich insbesondere auch politische Entscheidungsträger (national und international) für die Entstigmatisierung betroffener Gruppen wie etwa DrogennutzerInnen einsetzen und flächendeckende primäre, sekundäre und tertiäre Präventionsstrategien gegen HIV und AIDS und andere sexuell übertragbare Krankheiten und Infektionskrankheiten entwickeln.

8. Literaturverzeichnis

Banczyk, I. & Wunnenberg, K. (2005). *Qualifizierung ukrainischer Pflegekräfte für die ambulante Pflege von Menschen mit HIV und AIDS*. unveröff. Projektantrag. Robert-Bosch-Stiftung, Stuttgart.

Barden, I. (2003). Hauskrankenpflege grenzenlos. Die Caritas international unterstützt den Aufbau von Hauskrankenpflegestationen. *Krankendienst* 8-9/2003, 240-245.

Bortz, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. (6. vollständig überarb. Auflage). Heidelberg: Springer.

Burruano, L. & Seydel, J. (2006). Die Ausbreitung von HIV/Aids in der Ukraine. *Gesundheitswesen*, 68, 571-574.

BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2005). AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2004. Wissen, Einstellungen und Verhalten zum Schutz vor AIDS. Köln.

Cohen, J. (1992). A Power Primer. *Psychological Bulletin*, 12(1), 155-159.

DeBell, C. & Carter, R. (2005). Impact of transition on public health in Ukraine: case study of the HIV/AIDS epidemic. *British Medical Journal* 2005;331, 216-219.

Dlugosch, G. & Wottawa, H. (1994). Evaluation in der Gesundheitspsychologie. In: Schwenkmezger, P. & Schmidt, R. (Hrsg.), *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie*. (S. 149-168) Stuttgart: Enke.

Elsbernd, A. (2001). Evaluation des Förderprogramms „Partnerschaften zwischen Pflegekräften aus Mittel- und Osteuropa und der Bundesrepublik Deutschland“ der Robert Bosch Stiftung. Projektbericht. Robert-Bosch-Stiftung.

Ewers, M. & Schaeffer, D. (1999). *Herausforderungen für die ambulante Pflege Schwerstkranker. Eine Situationsanalyse nach Einführung der Pflegeversicherung*.

Veröffentlichungsreihe des Institutes für Pflegewissenschaften an der Universität Bielefeld P99-107, Bielefeld.

DAH (Deutsche AIDS-Hilfe) (1989). *Förderung der Pflegebereitschaft bei schwerkranken und sterbenden Menschen am Beispiel der Aids-Erkrankten*. Fragebogen zum Modellprojekt. Anlage zur Veröffentlichungsreihe des Institutes für Pflegewissenschaften an der Universität Bielefeld, Bielefeld.

Galazka, A., Robertson, S. & Oblapenko, G. (1995). Resurgence of diphtheria. *European Journal of Epidemiology* 11(1). 95-105.

Gold, J., Tomkins, M., Melling, P. & Bates, N. (2004). *Guidance Note on Health Care Worker Safety from HIV and other Blood Borne Infections*. The International Bank for Reconstruction and Development. Washington, DC, Verfügbar unter: [http://lnweb18.worldbank.org/eap/eap.nsf/Attachments/guide/\\$File/Guidance_Note.pdf](http://lnweb18.worldbank.org/eap/eap.nsf/Attachments/guide/$File/Guidance_Note.pdf). [08.11.2005].

Hein, K. (2006). *Am Rande. Sechs Kapitel über AIDS in der Ukraine*. (Dokumentarfilm) Berlin. Verfügbar unter: <http://www.aids-ukraine.com/am-rande/index.html>, [15.02.2007].

Hoffman, C. & Kamps, B. (Hrsg.) (2003). *HIV.NET 2003*. Wuppertal – Beyenburg: Steinhäuser.

Hurrelmann, K. (2006). *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*. (6., völlig überarb. Aufl.), Weinheim, München: Juventa.

Lekhan, V., Rudy, V. & Nolte, E. (2004). *Health Care System in Transition: Ukraine*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health System and Policies.

Mayr, W. (2006). Chaos auf der Staatsbühne. *Der Spiegel* 51/2006. S. 98-102.

Maier-Riehle, B. & Zwingmann, C. (2000). Effektstärkevarianten beim Eingruppen-Prä-Post-Design: Eine kritische Betrachtung. *Rehabilitation*, 39, 189-199.

Oliynyk, I. (2005). *HIV/AIDS in Ukraine. Media Workshop – „Global AIDS“ – Prevention and treatment are possible – but only with political support.*, Vortrag auf der Konferenz HIV im Dialog, unveröff. Dokument, September 2005, Berlin.

Olyinyk, I. (2006). *AIDS in Ukraine: Moving towards (?) universal access.* Vortrag auf der Konferenz HIV im Dialog, September 2006, Berlin. Verfügbar unter: <http://www.hiv-im-dialog.de/2006/de/vortraege.shtml>, [01.10.2006].

Riemann, K. (2004). Evaluation. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung* (S. 32-34). Schwabenheim a.d. Selz: Peter Sabo.

Rosenbrock, R. & Schaefer D. (Hrsg.) (2002). *Die Normalisierung von Aids. Politik – Prävention – Krankenversorgung. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung, Band 23*, Berlin: ed. sigma.

Rudolf, M. & Müller, J. (2004). *Multivariate Verfahren. Eine praxisorientierte Einführung mit Anwendungsbeispielen in SPSS.* Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

Schleifer, R. (2006). Rhetoric and Risk. Human Rights Abuses Impeding Ukraine's Fight against HIV/AIDS. Human Rights Watch Volume 18 No. 2(D).

Schwarz, N. (1999). Self-reports: How questions shape the answers. *American Psychologist*, 54, 93-105.

Teltschik, A. (2006). *Children and young people living or working on the streets: the missing face of the HIV epidemic in Ukraine.* Summary Report. United Nations Children's Fund (UNICEF) and AIDS Foundation East-West. Kyiv. Verfügbar unter: http://www.unicef.org/ukraine/media_4122.html, [10.02.2007].

Transatlantik Partners Against AIDS (2006). *The HIV/AIDS Epidemic in Ukraine.*

Fact Sheets Vol. 2/Nr. 3.1-2. New York, Kiev. Moskau. Verfügbar unter:
<http://www.tpaanet/publications/factsheets/?id=2483>, [16.03.2007].

UNAIDS (1998): *The Determinants of the HIV/AIDS Epidemics in Eastern Europe.* Geneva. Verfügbar unter:
<http://www.unaids.org/DocOrder/Countries/OrderForm.aspx>, [10.11.2005].

UNAIDS (2006a): *Report on the global AIDS epidemic: Executive summary. A UNAIDS 10th anniversary special edition.* UNAIDS/06.20E, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, Geneva.

UNAIDS (2006b): Ukraine. *Update 2006 Epidemiologisches Fact Sheets on HIV/AIDS and sexually transmitted infections.* Verfügbar unter:
http://www.unaids.org/en/Regions_Countries/Countries/ukraine.asp, [10.11.2006].

Watzlawik, P. (1997). *Vom Unsinn des Sinns oder vom Sinn des Unsinns.* 2. Auflage. München: Piper.

Wierz, V. & Kuhlenkamp, A. (1997). *Pflege von Menschen mit HIV-Infektion und AIDS.* Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Verlag Hans Huber.

WHO (2002). Der europäische Gesundheitsbericht 2002. Regionale Veröffentlichungen der WHO, *Europäische Schriftenreihe Nr. 97*, Kopenhagen.

9. Anhang

9.1 Anhang A: Fragebogen Messzeitpunkt t0 – Deutsche Version

Seite raus

1

Seite raus

2

Seite raus

3

Seite raus

4

Seite raus

5

Seite raus

6

9.2 Anhang B: Fragebogen Messzeitpunkt t0 – Russische Version

Seite raus

1

Seite raus

2

Seite raus

3

Seite raus

4

Seite raus

5

Seite raus

6

9.3 Anhang C: Fragebogen Messzeitpunkt t1 – Deutsche Version

Seite raus

1

Seite raus

2

Seite raus

3

Seite raus

4

Seite raus

5

Seite raus

6

9.4 Anhang D: Fragebogen Messzeitpunkt t1 – Russische Version

Seite raus

1

Seite raus

2

Seite raus

3

Seite raus

4

Seite raus

5

Seite raus

6

9.5 Anhang E: Fragebogen Messzeitpunkt t2 – Deutsche Version

Seite raus

1

Seite raus

2

Seite raus

3

Seite raus

4

Seite raus

5

Seite raus

6

Seite raus

7

9.6 Anhang F: Fragebogen Messzeitpunkt t2 – Russische Version

Seite raus

1

Seite raus

2

Seite raus

3

Seite raus

4

Seite raus

5

Seite raus

6

Seite raus

7

9.7 Anhang G: Erklärungen der Antragstellerin

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen nicht benutzt und aus den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommene Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Ich bin mit der Aufstellung dieser Arbeit einschließlich Einsichtnahme und auszugsweiser Kopie in der Dokumentation des Ergänzungsstudiums „Psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung“ einverstanden. Alle übrigen Rechte behalte ich mir vor. Zitate sind nur mit vollständigen bibliographischen Angaben und dem Vermerk „unveröffentlichtes und unkorrigiertes Manuskript einer Masterarbeit“ zulässig.

Berlin, den 21.04.2007

Viola Winterstein