RUPRECHT-KARLS-
UNIVERSITÄT
HEIDELBERG

MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT
HALLE-WITTENBERG

Beschreibung des Dissertationsprojekts:

Disseminations- und Implementierungsforschung in der stationären Langzeitpflege von Menschen mit Demenz ermöglichen

Übersetzung, Adaptation und psychometrische Testung des Alberta Context Tools (ACT)

Betreuung

Prof. Dr. Johann Behrens
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Institut für Gesundheits- und Pflegewiss.

Prof. Dr. Andreas Kruse
Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
Institut für Gerontologie

Stand: 05.10.2011

Matthias Hoben
Dipl.-Pflegewirt (FH), MSc Gesundheits- & Pflegewissenschaften
Netzwerk AlternsfoRschung (NAR), Bergheimer Str. 20, 69115 Heidelberg
hoben@nar.uni-heidelberg.de

NAR
Netzwerk
AlternsfoRschung
Network Aging Research

Abstract

Menschen mit Demenz bilden eine große Gruppe in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege (SLP). Durch ihre Vulnerabilität sind sie von Qualitätsproblemen ganz besonders betroffen. Insbesondere die Integration wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Pflegepraxis weißt Verbesserungspotenzial auf. Bestrebungen, die Evidence-Basierung der Pflegepraxis zu verbessern, stellen jedoch eine Herausforderung dar. Veränderungsprozesse sind komplex und daher schwer steuer- und planbar. Die Disseminations- und Implementierungsforschung (DIF) versucht, diese Prozesse zu verstehen und Wege zu finden, sie positiv und nachhaltig zu beeinflussen. Der Bereich der SLP ist hier bisher allerdings kaum erforscht. Während nun international hochwertige Studien auf dem Weg sind, fehlt es in Deutschland hingegen an solchen Projekten. Ein wichtiger Grund ist das Fehlen geeigneter Instrumente zur Erhebung der vielfältigen Einflussfaktoren hierzulande. Auf internationaler Ebene existiert ein vielversprechendes Instrument – das Alberta Context Tool (ACT). Um die Voraussetzungen zu schaffen, Veränderungsprozesse in der SLP besser zu verstehen und an den internationalen Forschungsstand anzuknüpfen, wird das ACT daher auf Deutsch übersetzt, an die Gegebenheiten der hiesigen SLP adaptiert und hinsichtlich psychometrischer Güte überprüft.

Persons with Dementia are a large group in residential long term care (LTC) institutions. Due to their vulnerability they are particularly affected by quality problems. Especially the integration of scientific knowledge into nursing practice offers significant potential for improvement. But efforts to improve practice through implementing scientific evidence are challenging. Change processes are complex and therefore difficult to manage and to plan. Translation and implementation research (TIR) seeks to understand these processes and to find ways to influence them positively and sustainably. However, TIR has been sparse in the residential LTC setting so far. But while internationally there are excellent studies on the way, such projects are absent in Germany as yet. One important reason is that there are no suitable assessment instruments in German for the multiple influencing factors. On the international level a promising instrument exists – the Alberta Context Tool (ACT). To lay the foundations for understanding change processes in residential LTC better and for tying up to the international state of research, the ACT will be translated into German, adapted to the specific conditions of Germany’s residential LTC and tested its psychometric properties.

Inhaltsverzeichnis

1 Hintergrund, Fragestellung und Forschungsziele 1

2 Theoretischer Rahmen: Disseminations- und Implementierungsforschung 2

3 Forschungsstand: Faktoren, die den Implementierungserfolg bzw. die Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse in der SLP beeinflussen..... 4

4 Methodisches Vorgehen 6

4.1 Übersetzung und Adaptation 6

4.2 Cognitive Debriefing 8

4.2.1 Stichprobe 8

4.2.2 Methodisches Vorgehen 11

4.3 Psychometrische Testung 12

4.3.1 Stichprobe 12

4.3.2 Methodisches Vorgehen 13

5 Zeitplan 15

Literaturverzeichnis 16

1 Hintergrund, Fragestellung und Forschungsziele

In Deutschland leben bis zu 70% der Menschen mit einer Demenz irgendwann im Verlauf ihrer Erkrankung in einer Einrichtung der stationären Langzeitpflege (SLP); der Anteil der Menschen mit Demenz, die hierzulande in Settings der SLP gepflegt werden, beträgt bis zu 60% (Schäufele, Köhler, Teufel & Weyerer, 2005; Weyerer, 2005; Rothgang, Iwansky, Müller, Sauer & Unger, 2010). Die Qualität der Pflege und Betreuung in diesen Institutionen betrifft Menschen mit Demenz daher in besonderem Maße. Insbesondere die Evidence-Basierung des professionellen Handelns ist für die für die Gewährleistung guter Pflege- und Betreuungsqualität bedeutsam (Behrens & Langer, 2010). Berufsgruppen-, Setting- und Länderübergreifend wurden und werden jedoch immer wieder große Diskrepanzen aufgezeigt zwischen Kenntnisstand und Handeln der in der Praxis Tätigen auf der einen und wissenschaftlichem Erkenntnisstand auf der anderen Seite (Grol & Grimshaw, 2003; Grol, Wensing & Eccles, 2005; Boström, Kajermo, Nordström & Wallin, 2008; Estabrooks et al., 2008a). Der SLP-Bereich stellt hier keine Ausnahme dar (Estabrooks et al., 2009a; Masso & McCarthy, 2009; Boström, Slaughter, Chojecki & Estabrooks, 2011), auch nicht was die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz betrifft (Hill, 2008; Ishii, Weintraub & Mervis, 2009; Treusch et al., 2010).

Bestrebungen, die Evidence-Basierung des Entscheidens und Handelns der in der Praxis Tätigen zu erhöhen (z. B. durch die Einführung von Leitlinien/Standards, durch Schulungen, durch Aktivitäten der Qualitäts- und Organisationsentwicklung u. ä.) werden regelmäßig als große Herausforderung beschrieben (vgl. stellvertretend für zahlreiche weitere: Edwards et al., 2003; Colón-Emeric et al., 2006; Müller-Hergl, 2006; Capezuti, Taylor, Brown, Strothers & Ouslander, 2007; Berta et al., 2010; Gitlin, Jacobs & Earland, 2010; Hoben, 2010; Sterns, Miller & Allen, 2010). Vielfältige Barrieren, Akteure und heterogene, z. T. widersprüchliche Interessenlagen machen die Implementierung von Neuerungen/Veränderungen in Organisationen des Gesundheitswesens zu einem komplexen, vielschichtigen Prozess, der sehr schwer zu steuern ist (Greif, Runde & Seeberg, 2004; Greenhalgh, Glenn, Bate, Macfarlane & Kyriakidou, 2005; van Achterberg, Schoonhoven & Grol, 2008; Kitson, 2009).

Die Disseminations- und Implementierungsforschung (DIF) hat zum Ziel, die multiplen, für den Implementierungserfolg förderlichen und hinderlichen Einflussfaktoren zu identifizieren, deren komplexes Zusammenspiel zu verstehen, und Wege zu finden, den Implementierungserfolg nachhaltig positiv zu beeinflussen (Lemieux-Charles & Champagne, 2004; Fixsen, Naoom, Blase, Friedman & Wallace, 2005; Greenhalgh et al., 2005; Grol et al., 2005; Straus, Tetroe & Graham, 2009). Der Bereich der SLP ist in diesem Kontext bislang allerdings noch kaum erforscht (Estabrooks et al., 2009a; Masso & McCarthy, 2009; Berta et al., 2010; Boström et al., 2011). Während jedoch international aktuell große Studien stattfinden, die diese Lücke zu schließen suchen (z. B. Translating Research in Elder Care (TREC), Safer Care for Older Persons (in residential) Environments (SCOPE), Older Persons' Transitions in Care (OPTIC) oder Facilitating Implementation of Research Evidence (FIRE),

Estabrooks, Squires, Adachi, Kong & Norton, 2008c; Estabrooks et al., 2009a; FIRE-study, 2011; KUSP, 2011a), existieren hierzulande bislang keine ähnlichen Projekte. Voraussetzung dafür wäre ein deutschsprachiges und für das Setting der deutschen SLP geeignetes standardisiertes Assessmentinstrument, das eine Erfassung der komplexen Einflussfaktoren und des Implementierungserfolgs zuließe. Bislang liegt ein solches jedoch nicht vor.

Mit dem ACT (Estabrooks et al., 2008c; Estabrooks, Squires, Cummings, Birdsell & Norton, 2009b; Squires et al., 2009) existiert ein solches Instrument jedoch auf internationaler Ebene. Die bisher vorliegenden Befunde hinsichtlich Praktikabilität und psychometrischer Güte sind vielversprechend. Das Instrument wird aktuell in den erwähnten internationalen Studien eingesetzt. Um international Anschluss an die DIF in Bereich der SLP zu finden, und um die komplexen Rahmenbedingungen im spezifischen Kontext der SLP in Deutschland untersuchen zu können, wird das ACT daher im Rahmen dieser Promotion entsprechend internationaler *scientific best pactice guidelines* (Maneesriwongul & Dixon, 2004; Wild et al., 2005; Acquadro, Conway, Hareendran & Aaronson, 2008; Mahler, Jank, Reuschenbach & Szecsenyi, 2009; Mahler & Reuschenbach, accepted) ins Deutsche übersetzt, an die spezifischen Bedingungen der hiesigen SLP adaptiert und hinsichtlich psychometrischer Güte und Praktikabilität gestestet. Die Hauptfragestellung der Arbeit lautet: Ist es möglich, die kanadische ACT-Version für die SLP auf Deutsch zu übertsetzen, an die Gegebenheiten der deutschen SLP zu adaptieren und dabei sowohl eine hohe psychometrische Güte als auch die Praktikabilität (konkret: die Verständlichkeit, Anwendbarkeit und Akzeptanz) des Instruments zu gewährleisten?

2 Theoretischer Rahmen: Disseminations- und Implementierungsforschung

Seit geraumer Zeit erforschen verschiedene Disziplinen, wie Neuerungen und Veränderungen im Allgemeinen und wissenschaftliche Erkenntnisse im Speziellen am besten in die Praxis gelangen, welche Faktoren dabei förderlich oder hinderlich sind und welche Möglichkeiten es gibt, den Erfolg dieser Prozesse positiv zu beeinflussen. Wer mit dem Themenfeld vertraut sei, so Estabrooks et al. (2008a), könne zugehörige Personen und Arbeiten recht gut identifizieren. Eine einheitliche Forschungsdisziplin habe sich jedoch bislang noch nicht herausbilden können, zu vielfältig seien die Perspektiven und verwendeten Bezeichnungen (Estabrooks et al., 2008a). Begriffe wie „*knowledge utilization*“, „*knowledge transfer*“, „*knowledge translation*“, „*research use*“, „*diffusion/dissemination of innovations*“, „*implementation*“ und unzählige mehr werden verwendet, um das Themenfeld zu benennen (Graham et al., 2006; Aita, Richer & Héon, 2007; Estabrooks et al., 2008a; Woolf, 2008). Immer wieder werden unterschiedliche Begriffe als Überschrift gewählt und als jeweils beste Alternative verteidigt (vgl. Graham et al., 2006; Aita et al., 2007; Estabrooks et al., 2008a). Daher erfolgt zunächst eine Begriffsklärung.

Die wohl allgemeinste Betrachtungsebene ist die der „Veränderung“ – eine Perspektive, die auf Arbeiten zur Organisationsentwicklung/-veränderung bzw. zum Change-Management ba-

siert (Roth, Panzano, Crane-Ross, Massatti & Carstens, 2002; Greenhalgh et al., 2005; Kitson, 2009). Gegenstand der Veränderung können sowohl einzelne Akteure sein (z. B. Veränderung von Verhaltensweisen, Einstellungen, Kompetenzen usw.) als auch Organisationen (z. B. Veränderung von Routinen, Prozessen, Strukturen, des Organisationsklimas usw.). Veränderungen können zudem geplant und gezielt initiiert und gesteuert sein oder sie können ungeplant, zufällig und von sich aus auftreten. Weiterhin können sie kontinuierlich vonstattengehen oder in Intervallen. Auch nach den empfundenen Auswirkungen (geringfügig versus radikal, partiell versus umfassend o. ä.) kann unterschieden werden (Lancaster, 1999; Iles & Sutherland, 2001; Greif et al., 2004).

Eine spezifische Form von Veränderung ist die „Innovation“ oder „Neuerung“. Sie ist dadurch gekennzeichnet, dass sie von den Personen, die davon betroffen sind, als neu und deutlich anders als die vorhergehende Praxis empfunden wird (Rogers, 2003; Greenhalgh et al., 2005). Arbeiten im Kontext des Gesundheitswesens konzentrieren sich häufig auf eine bestimmte Form der Neuerung bzw. Veränderung: die Einführung neuen Wissens („*knowledge*“) im Allgemeinen bzw. neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse („*research*“ oder „*scientific evidence*“) im Besonderen (Estabrooks, Winther & Derksen, 2004; Thompson, Estabrooks, Scott-Findlay, Moore & Wallin, 2007; Estabrooks et al., 2008a; Scott et al., 2010).

Je nach Perspektive stehen unterschiedliche Konzepte im Fokus, wie die Veränderung in die Praxis gelangt. „Diffusion“ bezeichnet die mehr oder weniger unsystematischen Verbreitung durch Kommunikation der Mitglieder eines sozialen Systems untereinander (Rogers, 2003). Forschung, die diese Prozesse untersucht wird unter dem Label „*diffusion of innovations*“ subsummiert (Greenhalgh et al., 2005). „Dissemination“ hingegen beschreibt einen Prozess der aktiven und gezielten Kommunikation, um eine bestimmte Zielgruppe zu informieren und zu beeinflussen (Mowatt, Thomson, Grimshaw & Grant, 1998). „Implementierung“ wiederum beschreibt als noch umfassenderes Konzept Aktivitäten, die dazu dienen eine Veränderung gezielt einzuführen. Sie umfasst sowohl die Kommunikationsebene als auch die Beeinflussung des Kontexts (Schaffung förderlicher Bedingungen und Beseitigung von Hindernissen) sowie die Steuerung des Prozesses auf allen relevanten Ebenen (Davis & Taylor-Vaisey, 1997; Fixsen et al., 2005; Greenhalgh et al., 2005; van Achterberg et al., 2008).

Speziell bei der Einführung neuen Wissens oder neuer Forschungserkenntnisse wird zudem diskutiert, ob es sich bei diesem Prozess um einen „Transfer“, eine „Transformation“, eine Übersetzung („*translation*“), eine Anwendung („*use*“) oder eine Nutzung („*utilization*“) handelt (Graham et al., 2006; Aita et al., 2007; Estabrooks et al., 2008a; Woolf, 2008). Da sich wissenschaftliches Wissen hinsichtlich Struktur und inhärenter Logik sehr grundsätzlich von berufspraktischem Alltagswissen unterscheidet, kann es nicht einfach ohne Modifikation in die Praxis „transferiert“ werden. Nur durch „Transformation“ bzw. „Translation“ wird eine Überführung möglich (vgl. Dewe, 2006; Schaeffer, 2006). Zudem sind aktive Implementierungsanstrengungen erforderlich, damit das Wissen sich umfassend und dauerhaft in den Ent-

scheidungen und Handlungen der Zielgruppe niederschlägt (Davis & Taylor-Vaisey, 1997; Fixsen et al., 2005; Greenhalgh et al., 2005; van Achterberg et al., 2008). Um sowohl den Aspekt der aktiven Verbreitung neuen Wissens als auch dessen aktive Implementierung mit zu umfassen, wird hier die Bezeichnung „Disseminations- und Implementierungsforschung“ (DIF) verwendet.

3 Forschungsstand: Faktoren, die den Implementierungserfolg bzw. die Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse in der SLP beeinflussen

Bereits seit den frühen Anfängen der DIF wurde der Frage große Aufmerksamkeit geschenkt, welche Faktoren förderlich oder hinderlich sind für die Verbreitung einer Neuerung, den Erfolg einer Veränderung oder die Anwendung von Forschungserkenntnissen in der Praxis (Greenhalgh et al., 2005). Identifiziert wurden verschiedene Eigenschaften der Neuerung (subjektiv empfundene relative Verbesserung, Kompatibilität mit bisherigen Routinen und Sichtweisen, Komplexität, Testbarkeit, Wahrnehmbarkeit der Veränderung und Anpassbarkeit), Eigenschaften der Individuen (Einstellungen, Überzeugungen, Motivation, Kompetenzen usw.), Umweltfaktoren (Vorschriften, politische Entscheidungen, Markt usw.) sowie Faktoren des Organisationskontexts (Estabrooks, Floyd, Scott-Findlay, O'Leary & Gushta, 2003; Greenhalgh et al., 2005; Meijers et al., 2006; Estabrooks et al., 2008b; Squires, Estabrooks, Gustavsson & Wallin, 2011).

Vor allem letztere scheinen von besonderer Bedeutung zu sein. Veränderungsprozesse sind in erster Linie soziale Prozesse, die in komplexen sozialen Systemen (Organisationen des Gesundheitswesens) stattfinden. Die sozialen Interaktionen dieser Individuen im Kontext einer Organisation sowie die Wechselwirkungen zwischen Organisationsfaktoren und sozialen Gruppen sind daher ein wichtiger Analysegegenstand, der jedoch bisher noch wenig erforscht ist (Iles & Sutherland, 2001; McCormack et al., 2002; Greif et al., 2004; Dopson & Fitzgerald, 2005; Greenhalgh et al., 2005; Meijers et al., 2006; Dopson, 2007; Estabrooks et al., 2008b; van Achterberg et al., 2008; Kitson, 2009). Meijers et al. (2006) untersuchten in einer systematischen Übersichtsarbeit den Forschungsstand zu Organisationskontextfaktoren und deren Relevanz für die Anwendung von Forschungserkenntnissen in der Pflege. Sie kamen zu dem Schluss, die Zahl der diesbezüglichen Studien sei klein und deren Güte überwiegend gering. 19 Artikel wurden in die Analyse einbezogen, wobei neun davon im Zuge des Qualitätsassessments aufgrund gravierender Mängel ausgeschlossen wurden. Keine der zehn verbliebenen Studien erhielt das Qualitätslabel „high“. Faktoren, die signifikant mit der Anwendung von Forschungserkenntnissen korrelieren, waren: die Rolle der Pflegenden in der Organisation, die Verfügbarkeit von Resourcen, Organisationsklima/-kultur, Unterstützung durch Experten oder Führungspersonen, Zeit selbst zu forschen sowie das Angebot an Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten. Sie attestierten jedoch einigen Forschungsbedarf und die Erfordernis methodisch hochwertiger Arbeiten.

Eine besonders dramatische Forschungslücke existiert im Bereich der SLP. Während die

Diskrepanz zwischen zur Verfügung stehender wissenschaftlicher Evidence und Kenntnisstand bzw. Handeln der in der Praxis Tätigen auch in diesem Bereich deutlich aufgezeigt wurde (Hill, 2008; Estabrooks et al., 2009a; Ishii et al., 2009; Masso & McCarthy, 2009; Treusch et al., 2010), hat die DIF diesen Bereich bisher nur marginal berücksichtigt (Estabrooks et al., 2009a; Masso & McCarthy, 2009; Berta et al., 2010; Boström et al., 2011). Boström et al. (2011) konnten jüngst in einer fokussierten systematischen Übersichtsarbeit nur zwei systematische Übersichtsarbeiten zur DIF in diesem Feld finden. Auch Masso & McCarthy (2009), konnten in ihre Übersichtsarbeit zu Einflussfaktoren im Setting der SLP nur 17 Arbeiten einschließen. Die aus ihrer Sicht wichtigste Forschungslücke ist, welche Faktoren unter welchen Bedingungen bedeutsam sind und wie diese miteinander interagieren. Arbeiten zur Situation in Deutschland liegen bislang überhaupt nicht vor.

Für die Erfassung dieser Kontextfaktoren existieren zahlreiche standardisierte Instrumente, wie systematische Übersichtsarbeiten aufzeigen (Meijers et al., 2006; French et al., 2009). Untersucht wurde etwa, welche dieser Faktoren die „*Organizational Readyness for Change*“ beeinflussen und welche Instrumente zu deren Erfassung existieren (Weiner, Amick & Lee, 2008). Andere Organisationsfaktoren wiederum werden zu Konstrukten wie „Organisationskultur“ (Scott-Findlay & Estabrooks, 2006; Mannion et al., 2008), „Organisationsklima“ (Gershon et al., 2007; MacDavitt, Chou & Stone, 2007) oder „Praxisumgebung“ bzw. „Bereiche des Arbeitslebens“ (Estabrooks et al., 2008c) kombiniert, die wiederum im Verdacht stehen, den Implementierungserfolg bzw. die Anwendung von Forschungserkenntnissen zu beeinflussen. Estabrooks et al. (2008c) kommen jedoch zu dem Schluss, dass keines dieser Instrumente (1) alle relevanten Faktoren erfasst, (2) knapp genug gehalten ist, um praxistauglich zu sein und (3) eine angemessene psychometrische Güte aufweist. Folglich entwickelten sie auf Basis fundierter theoretischer Grundlagen[1] ein entsprechendes Instrument – das ATC – und testeten es in verschiedenen Studien (Estabrooks et al., 2008c; Estabrooks et al., 2009b; Squires et al., 2009).

Ursprünglich wurde das ACT für den Bereich der stationären Akutversorgung Erwachsener entwickelt. Ein umfassender Bericht (Estabrooks et al., 2008c) dokumentiert die Entwicklung und Validierung des Instruments für diesen Sektor. Weiterhin wurde eine Version für pädiatrische stationäre Akutpflegesettings angepasst und validiert (Estabrooks et al., 2009b). Auch für die stationäre Langzeitpflege liegt eine Version vor. Ihre psychometrische Güte wurde in einer ersten Pilotstudie untersucht (Squires et al., 2009). Die Entwicklerinnen verweisen in den genannten Publikationen, auf ihrer Website (KUSP, 2011b) und in der persönlichen E-Mail-Kommunikation darauf, dass die Validierung des ACT noch nicht abgeschlossen sei. Die Ergebnisse der ersten Studien seien vielversprechend, weitere Überprüfungen seien aber

[1] Unter anderem das PARiHS-Modell (PARiHS = Promoting Action on Research Implementation in Health Services – ein heuristisches Modell verschiedener Faktoren, die vermutlich den Implementierungserfolg beeinflussen) (Kitson, Harvey & McCormack, 1998; Rycroft-Malone et al., 2002) sowie verschiedene theoretische und empirische Arbeiten (Grol & Grimshaw, 2003; Fleuren, Wiefferink & Paulussen, 2004; Greenhalgh et al., 2005; Meijers et al., 2006; Grol, Berwick & Wensing, 2008).

nötig. Wie erwähnt, wird das Instrument aktuell in mehreren großen Studien eingesetzt. Die hierbei erhobenen Daten werden der weiteren Validierung des Instruments dienen. Neben einer englischen Version existieren Übersetzungen in französischer, niederländischer, schwedischer und chinesischer Sprache. Die Kommunikation mit den Entwicklerinnen ergab, dass bislang keine Befunde zur psychometrischen Güte dieser Übersetzungen publiziert wurden.

Die Reliabilität wurde in Form der internen Konsistenz des Instruments (Cronbach's alpha [α]) ermittelt. Diese lag für fast alle Dimensionen über dem als Akzeptanzgrenze definierten Wert von 0.70 (Estabrooks et al., 2008c; Estabrooks et al., 2009b; Squires et al., 2009).

Die Validität wurde auf verschiedene Weise bestimmt. Zunächst erfolgte eine Itemreduktion. Von den ursprünglich 76 Items wurden 25 aufgrund einer Itemreduktionsanalyse gelöscht (Items, die nicht verstanden wurden bzw. viele Missings aufwiesen, Items, die bei der deskriptiven Itemanalyse schlecht abschnitten und Items, die bei der Hauptkomponentenanalyse zu geringe Faktorladungen aufwiesen) (Estabrooks et al., 2008c). Mittels Hauptkomponentenanalyse wurde die Faktorenstruktur des ACT untersucht. Diese ergab eine solide Faktorenstruktur (Eigenwerte deutlich >1), bestehend aus 14 Faktoren (ACT Akutpflege Erwachsene) bzw. 13 Faktoren (ACT Akutpflege Kinder). Zusammen erklärten diese 69.97% bzw. 59.26% der Varianz der abhängigen Variablen (*Research Use*) (Estabrooks et al., 2008c; Estabrooks et al., 2009b). In der Pilotstudie zur Validierung des ACT residential long term care werden nur für drei Dimensionen die Ergebnisse der Faktoranalyse berichtet: *Leadership, Culture* und *Evaluation* (Eigenwerte: 8.732, 2.404 und 1.401). Diese konnten zusammen 73.75% der Varianz erklären. Um die Konstruktvalidität zu überprüfen, wurden die Itemscores einer jeden Dimension zu einem Dimensionsscore aggregiert und dessen Korrelation (Spearman's Rangkorrelationskoeffizient [r_S] bzw. Pearson's Korrelationskoeffizient [r_P]) mit der abhängigen Variablen überprüft. Signifikante Korrelationen ($p<0.05$) mit Werten zwischen 0.1 und 0.4 konnten für die meisten Items gefunden werden. Die Analyse zeigte, dass eine Aggregation der Individualscores auf Ebene der jeweiligen Organisation möglich und valide ist. Zwischen den Organisationen ergaben sich bezüglich der Faktorausprägungen signifikante Unterschiede (Estabrooks et al., 2008c; Estabrooks et al., 2009b; Squires et al., 2009).

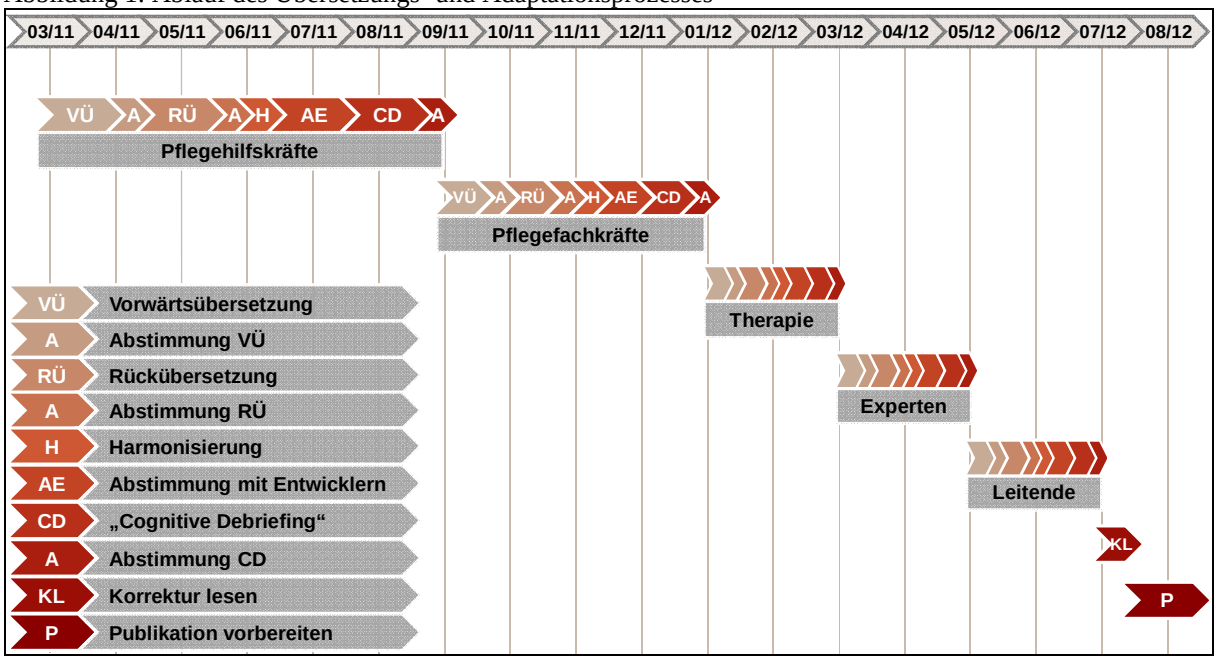
4 Methodisches Vorgehen

4.1 Übersetzung und Adaptation

Die Übersetzung und Adaptation wird entsprechend des Prozesses erfolgen, der von Mahler, Jank, Reuschenbach & Szecsenyi (2009) und Mahler & Reuschenbach (accepted) auf Basis der Leitlinie der „International Society for Pharmacoeconomics and Outcome Research" (I-SPOR) (Wild et al., 2005) beschrieben wird. Um die Nachvollziehbarkeit des Übersetzungs- und Adaptationsprozess zu gewährleisten, wird eine Checkliste verwendet (englische Originalversion: Acquadro et al., 2008, Appendix 1: Checklist for translating an existing HRQL questionnaire to a target culture; deutsche Übersetzung: Mahler & Reuschenbach, accepted, Checkliste für die Übersetzung eines bestehenden Fragebogens zur

gesundheitsbezogenen Lebensqualität (HRQoL) in eine andere Sprache/Kultur). Diese enthält Hinweise darauf, welche Aspekte zu klären und welche Entscheidungen zu treffen und zu begründen sind, sowie darauf wie all dies zu dokumentieren ist. Abb. 1 zeigt den Ablauf.

Abbildung 1: Ablauf des Übersetzungs- und Adaptationsprozesses



Das ACT-SLP (Squires et al., 2009) besteht aus sechs verschiedenen Fragebögen. Jeder richtet sich an eine andere in kanadischen Pflegeheimen tätige Berufsgruppe: (1) Health Care Aides (Pflegehilfskräfte), (2) Registered Nurses (Pflegefachkräfte), (3) Allied Health Professionals (nichtmedizinische Gesundheitsberufe wie z. B. Ergotherapie, Physiotherapie etc.), (4) Nursing Experts (Pflegeexperten wie z. B. Qualitätsbeauftragte, Pflegepädagogen o. ä.), (5) Managers (Führungspersonen) und (6) Physicians (Ärzte). Die Befragten werden gebeten, verschiedene Dimensionen des Organisationskontexts einzuschätzen. Insgesamt werden acht Organisationskontextdimensionen abgefragt, die wahrscheinlich die Anwendung von Forschungswissen beeinflussen. Der Bogen enthält insgesamt 58 Items (zwischen 6 und 11 Items pro Dimension), die mittels einer unipolaren, fünfstufigen Likertskala bewertet werden.

Für den Kontext der SLP in Deutschland sind nur fünf der Bögen relevant. Hierzulande sind so gut wie nie Ärzte in Pflegeheimen fest angestellt. Fast immer werden die Bewohner durch Ärzte einer externen Praxis versorgt. Diese externen Ärzte verfügen nicht über genügend Einblick in die Organisation, um die Kontextfaktoren beurteilen zu können. Zudem sind sie meist in mehreren Einrichtungen tätig. Das Versenden eines solchen Bogens an Ärzte birgt daher Probleme: In welchen Einrichtungen sind diese Ärzte tätig? Welche der Einrichtungen haben sie beim Ausfüllen vor Augen? Mischen sich gar die Eindrücke aus mehreren Einrichtungen in einem Bogen? Aus diesen Gründen wird der Bogen für die Ärzte in dieser Arbeit nicht übersetzt.

Begonnen wird mit dem Fragebogen für die Pflegehilfskräfte. Erst wenn dieser den kompletten Prozess durchlaufen hat, wird mit der Übersetzung des nächsten Bogens begonnen. Alle

identischen Passagen können so aus dem vorherigen Bogen übernommen und nur die abweichenden müssen noch übersetzt werden. Zunächst erfolgt die Vorwärtsübersetzung vom Englischen ins Deutsche **(VÜ)**. Diese wird von zwei voneinander unabhängig arbeitenden Übersetzenden vorgenommen. Sie verfügen über Berufserfahrung in der Pflege, im Pflegemanagement, im Qualitätsmanagement, in der Pflegepädagogik, in der Pflege sowie der Pflegewissenschaft und Gerontologie und sind mit dem Setting der stationären Langzeitpflege vertraut. Die beiden Versionen werden von den beiden Übersetzenden abgestimmt. Anschließend Wird diese Version in einer Fokusgruppe diskutiert und konsentiert **(A-VÜ)**. Die Fokusgruppe besteht neben den beiden Übersetzenden aus Personen verschiedener Disziplinen mit Erfahrungen in den genannten Bereichen. Sie dient der kulturellen Adaptation des Instruments sowie der Sicherstellung der *Face-Validity* und Verständlichkeit. Die deutsche Version wird von zwei weiteren – wiederum voneinander unabhängig tätigen – Übersetzerinnen ins Englische zurückübersetzt **(RÜ)**. Die beiden Rückübersetzerinnen verfügen über ähnliche Kompetenzen wie die Vorwärtsübersetzenden. Eine davon ist englische Muttersprachlerin, die andere spricht seit ihrer frühesten Kindheit die englische Sprache. Sie sind bis zu diesem Zeitpunkt nicht in den Übersetzungsprozess oder in das Projekt involviert. Auch sind sie nicht mit dem ACT vertraut, wohl aber mit dem Kontext der SLP und den entsprechenden Konzepten des Instruments. Auch die beiden Rückübersetzerinnen stimmen ihre Versionen miteinander ab **(A-RÜ)**. Zudem erfolgt eine Harmonisierung **(H)** aller vier ACT-Übersetzungen. Die harmonisierte Version wird mit den Entwicklerinnen abgestimmt **(AE)**. Sobald diese zustimmen, erfolgt ein so genanntes *Cognitive Debriefing* **(CD)**. Das bedeutet, dass das Instrument an fünf bis zehn Personen der Zielgruppe verteilt wird. Diese füllen den Fragebogen aus. Dabei wird gestoppt, wie lange sie dafür benötigen. Anschließend wird in einer Fokusgruppe diskutiert, wie verständlich, handhabbar und übersichtlich das Instrument für die Probenaden war. Eventuelle Anpassungen werden den Entwicklerinnen zur Genehmigung vorgelegt **(A-CD)**.

4.2 Cognitive Debriefing

4.2.1 Stichprobe

Einschlusskriterien:

1. Die Teilnehmenden müssen in einer Einrichtung der stationären Langzeitpflege nach SGB XI angestellt sein
2. Die Teilnehmenden müssen einer der folgenden Gruppen angehören:
   - Gruppe 1 – Pflegehilfskräfte: in der Pflege Tätige ohne jegliche pflegerische Ausbildung oder mit einer Pflegehelferausbildung (Altenpflegehelfer, Gesundheits- und Krankenpflegehelfer, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegehelfer, Heilerziehungspflegehelfer oder Gesundheits- und Pflegeassistent)
   - Gruppe 2 – Pflegefachkräfte: In der Pflege Tätige mit einem staatlich anerkannten Pflegeexamen (Altenpfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger)
   - Gruppe 3 – nichtmedizinische und nichtpflegerische Gesundheitsberufe: Personen mit

Aufgaben der Therapie und/oder Betreuung von Bewohnerinnen/Bewohnern mit einer der folgenden Berufsausbildungen: Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Altentherapeut, Sozialarbeit/Sozialpädagogik

- Gruppe 4 – Pflegeexperten: Personen mit Aufgaben der pflegerischen Qualitätsentwicklung, Pflegefachberatung oder pflege- und betreuungsbezogenen Fort- und Weiterbildung ohne Führungsverantwortung und -befugnis. Mindestens 51% der Arbeitszeit muss ausschließlich auf diese Tätigkeiten entfallen. Die Personen müssen entweder ein pflegerisches Studium (Pflegemanagement, Pflegepädagogik, Pflegewissenschaft auf Bachelor-, Diplom- oder Masterniveau) absolviert haben oder eine Pflegefachkraftausbildung plus Zusatzqualifikation (z. B. Qualitätsbeauftragtenweiterbildung oder Pflegepädagogikausbildung).
- Gruppe 5 – Führungspersonen: Personen mit Führungsverantwortung und -befugnis (Wohnbereichs-, Pflegedienst- oder Heimleitung, Therapieleitung, Sozialdienstleitung), bei denen mindestens 51% der Arbeitszeit ausschließlich auf diese Führungsaufgaben entfällt.

3. Die Teilnehmenden müssen seit mindestens sechs Monaten in der Einrichtung tätig sein.
4. Die Teilnehmenden müssen mindestens in einem Umfang von 50% einer Vollzeitstelle angestellt sein.
5. Die Teilnehmenden müssen die deutsche Sprache soweit beherrschen, dass sie in der Lage sind, deutsche Sätze, wie sie im ACT vorkommen zu lesen und zu verstehen.

Ausschlusskriterien:

1. Ausschließlich ehrenamtliche Tätigkeit, Tätigkeit auf Aushilfs- oder Zeitarbeitsbasis in der Pflegeeinrichtung
2. Anstellungsverhältnis das weniger als 50% einer Vollzeitstelle umfasst
3. Keine Zugehörigkeit zu einer der fünf genannten Gruppen
4. Weniger als sechs Monate in der Pflegeeinrichtung angestellt
5. Zu geringe Deutschkenntnisse, um das ACT zu verstehen

Stichpobengröße

Jeder der fünf Fragebögen an 5-10 Personen der jeweiligen Zielgruppe in einem Pretest auf Verständlichkeit und Handhabbarkeit untersucht wird (Wild et al., 2005; Acquadro et al., 2008; Mahler et al., 2009; Nichols & Childs, 2009; Mahler & Reuschenbach, Akzeptiert). Die Stichprobengröße beträgt: 10 Pflegehilfskräfte, 10 Pflegefachkräfte, 5 Personen eines nichtmedizinischen Gesundheitsberufs, 5 Pflegeexperten und 5 Führungspersonen.

Sampling

Als Samplingkriterien, die wahrscheinlich das Fragebogenverständnis beeinflussen, wurden festgelegt: (1) tätigkeitsspezifische Qualifikation, (2) tätigkeitsspezifische Berufserfahrung, (3) höchster Bildungsabschluss. Für die einzelnen Zielgruppen sind die möglichen

Ausprägungen entsprechend Tabelle 1 festgelegt:

Tabelle 1: Samplingkriterien und deren Ausprägungen für die Stichprobe des *Cognitive Debriefing*

	Pflegehilfs-kräfte	**Pflegefach-kräfte**	**Nichtmed. Gesundheits-berufe**	**Pflege-experten**	**Führungs-personen**
Tätigkeits-spezifische Qualifikation	Keine Pflegehilfs-kraftaus-bildung Pflegehilfs-kraftaus-bildung	Keine akademische pflegerische (Zusatz)qual. Akademische pflegerische (Zusatz)qual.	Keine akademische therapeut. (Zusatz)qual. Akademische therapeut. (Zusatz)qual.	Keine akademische pflegerische (Zusatz)qual. Akademische pflegerische (Zusatz)qual.	Keine akademische pflegerische (Zusatz)qual. Akademische pflegerische (Zusatz)qual.
Berufs-erfahrung	**Kurz:** ≥ 6 Monate bis < 2 Jahren **Mittel:** ≥ 2 Jahre bis < 5 Jahre **Lang:** > 5 Jahre				
Höchster Bildungs-abschluss	Kein Schulab-schluss und keine Berufs-ausbildung Hauptschula-bschluss Realschul-abschluss Staatlich anerkannte Berufsaus-bildung (Fach-) Hochschul-reife oder Abitur Hochschul-studium	Staatlich anerkannte nicht tätigkeitsspezifische Berufsaus-bildung (Fach-)Hochschulreife oder Abitur Nicht tätigkeitsspezifisches Hochschulstudium		Staatlich anerkannte nicht tätigkeitsspezifische Berufsaus-bildung (Fach-)Hochschulreife oder Abitur Nicht tätigkeitsspezifisches Hochschulstudium Promotion	

Zugang und Rekrutierung

Die Auswahl und der Kontakt zu den Zielpersonen erfolgt über die Pflegedienstleitungen (PDL). Diese werden gebeten, zunächst die Personen auszuschließen, die nicht die Einschlusskriterien erfüllen. Aus den in Frage kommenden Personen soll die PDL dann diejenige auswählen, bei der die Samplingkriterien hinsichtlich des vermutlichen Fragebogenverständnisses am ungünstigsten ausgeprägt sind (möglichst geringe tätigkeitsspezifische Qualifikation, möglichst niedriger Bildungsabschluss und möglichst geringe tätigkeitsspezifische Berufserfahrung). Als zweite Person soll sie diejenige auswählen, bei der die Samplingkriterien hinsichtlich des Fragebogenverständnisses am günstigsten ausgeprägt sind (möglichst hohe tätigkeitsspezifische Qualifikation, möglichst hoher Bildungsabschluss und möglichst hohe tätigkeitsspezifische Berufserfahrung). Zudem soll sie weitere Personen auswählen, deren Samplingkriterienausprägungen etwa zwischen diesen beiden Extremen liegen. Stimmen die Zielpersonen einer Teilnahme nicht zu, wird die

PDL gebeten, eine Alternative zu nennen.

4.2.2 Methodisches Vorgehen

Datenerhebung:

Die Testperson nun den Fragebogen mit der Bitte, diesen auszufüllen. Sie wird gebeten, dabei auf bestimmte Aspekte zu achten (siehe Ziffer 1). Sobald sie damit fertig ist, folgt ein dreischrittiges Verfahren:

1. Zunächst wird die Testperson um eine Einschätzung gebeten, an welchen Stellen sie möglicherweise Formulierungen schwer oder nicht verständlich fand, wo sie evtl. Schwierigkeiten hatte, eine Antwort zu finden, wie sie die Übersichtlichkeit und Handhabbarkeit des Fragebogens einschätzt und welchen allgemeinen Eindruck sie davon gewonnen hat. Die Antworten werden vom Untersucher notiert.

2. In einem zweiten Schritt wird untersucht, in wie weit die Testperson die Items verstanden hat. Hierfür wird eine Interviewtechnik des *cognitive interviewing* eingesetzt, die an die Verfahren der *verbal probe technique* (Willis, 2005) und der *random probe technique* (Schuman, 1966) angelehnt ist. Im Vorfeld der Untersuchung werden Items festgelegt, zu denen die Testperson befragt wird. Zum einen sind dies einige Items (ca. 5), die sich im Verlauf aus Sicht der Übersetzenden als besonders schwierig zu übersetzen herausstellten. Diese Items werden bei allen Testpersonen gleichermaßen hinterfragt. Hinzu kommen weitere 10 Items, die für jede Testperson im Vorfeld per Zufall aus den verbliebenen 53 ACT-Items gezogen werden. Die randomisierte Itemziehung wird von einer Mitstipendiatin des NAR vorgenommen. Sie ist darüber hinausgehend nicht in das Forschungsprojekt involviert. Sie teilt den Testpersonen die Listen zu und übergibt sie dem Untersucher in einem versiegelten, undurchsichtigen Briefumschlag. Zu allen ausgewählten Items stellt der Interviewer Fragen. Diese sind so formuliert, dass sie die Testperson anregen, über die Hintergründe ihrer Antwort zu berichten und darüber, was ihr beim Antworten durch den Kopf ging. Als Beispiel könnten zum Item „Ich bin Mitglied eines förderlichen und kollegialen Teams“ einige der folgende Fragen gestellt werden (zu den Fragetechniken vgl. Schuman, 1966; Willis, 2005):

   - Was bedeutet „förderliches und kollegiales Team“ für Sie? **(Verständnis-/Interpretationsprobe)**
   - Können Sie diese Frage in Ihren eigenen Worten wiedergeben? **(Paraphrasierung)**
   - Wie sicher sind Sie, dass Sie (oder dass sie nicht – je nach Antwort) Mitglied eines förderlichen oder kollegialen Teams sind? Woran machen Sie das fest? **(Vertrauensprobe)**
   - Wie haben Sie in der letzten Zeit Ihr Team erlebt? **(Erinnerungsprobe)**
   - Sie stimmen dieser Frage laut Ihrer Antwort zum Teil (oder auch gar nicht oder voll und ganz – je nach Antwort) zu. Können Sie bitte etwas näher erläutern, warum das so ist? **(Spezifitätspobe)**

- Wie kamen Sie zu dieser Antwort? War diese Frage für Sie leicht oder schwierig zu beantworten – warum? Ich habe wahrgenommen, dass sie zögerten – an was haben Sie gerade gedacht? **(generelle Proben)**

Dieser Teil der Untersuchung wird mit einem digitalen Aufnahmegerät aufgezeichnet.

3. Abschließend kontrolliert der Untersucher den Fragebogen noch daraufhin, ob Items unbeantwortet geblieben sind (Missings) und ob Ankreuzfehler vorliegen (z. B. Kreuze zwischen den vorgesehenen Feldern oder außerhalb der Skala). Sofern die Gründe dafür noch nicht in den ersten beiden Schritten klar wurden, hinterfragt der Untersucher auch die zugrundeliegenden Ursachen. Auch diese Feststellungen werden dokumentiert.

Datenauswertung:

Die aufgezeichneten Gespräche des *Cognitive Interviewing* werden in Form eines selektiven Protokolls verschriftlicht und mithilfe der Software MAXQDA 10.1 kodiert. Auswertungsmethode ist die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring (2010). Die kodierten Antworten werden daraufhin analysiert, in wie weit das Verständnis der Zielpersonen dem intendierten Verständnis der Items entspricht. Die Formulierungen und das Layout des Instruments werden dann ggf. auf Basis dieser Ergebnisse modifiziert.

4.3 Psychometrische Testung

4.3.1 Stichprobe

Ein- und Ausschlusskriterien

Die Ein- und Ausschlusskriterien sind dieselben wie beim *Cognitive Debriefing*.

Stichprobengröße:

Die erforderliche Stichprobengröße ist bei Anwendung von Latente-Variable-Modellen (vgl. Abschnitt 4.3.2) stark abhängig vom zu Grunde liegenden Modell, insbesondere von der Zahl der zu schätzenden Parameter: Sie sollte im Idealfall etwa das fünffache der Zahl der zu schätzenden Parameter betragen (Schumacker & Lomax, 2004; Reinecke, 2005; Raykov & Marcoulides, 2006; Weiber & Mühlhaus, 2010; Hoyle, 2011; Kline, 2011). Je nach Modellierung der eingehenden Variablen sind zwischen 150 und 200 Parameter zu schätzen (vgl. Abschnitt 2.9), was einer erforderlichen Stichprobengröße von 750 bis 1000 Personen entspricht.

Sampling:

Das Sample besteht aus 27 SLP-Institutionen der Metropolregion Rhein-Neckar – einer ca. zehnprozentigen Zufallsstichprobe aller Pflegeheime dieser Region. Die Metropolregion Rhein-Neckar umfasst acht kreisfreie Städte und sieben Landkreise in den Bundesländen Baden-Württemberg, Hessen und Rheinland-Pfalz. Die Stichprobe wird stratifiziert nach Größe (klein, mittel, groß) und Trägerschaft (öffentlich, frei-gemeinnützig, privat) der SLP-Institution. Somit ergeben sich neun mögliche Kombinationen (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Mögliche Kombinationen der Samplingkriterien für die Stichprobe der psychometrischen Testung

Trägerschaft / Größe	Öffentlich	Frei-gemeinnützig	Privat
Klein	Kategorie 1	Kategorie 2	Kategorie 3
Mittel	Kategorie 4	Kategorie 5	Kategorie 6
Groß	Kategorie 7	Kategorie 8	Kategorie 9

Für jedes der drei Bundesländer wird je eine Institution pro Kategorie per Zufall ausgewählt. Die randomisierte Stichpobenziehung erfolgt durch eine Mitstipendiatin des NAR, die nicht in das Projekt involviert ist. Die gezogenen Pflegeeinrichtungen werden entsprechend des nachfolgenden Abschnitts kontaktiert und um Teilnahme an der Studie gebeten. Stimmte eine Einrichtung nicht zu, wird eine weitere aus derselben Kategorie nachgezogen, so lange bis für jedes Bundesland je eine Institution pro Kategorie gefunden werden konnten.

Zugang und Rekrutierung

Mit den gezogenen Pflegeeinrichtungen erfolgt eine telefonische Kontaktaufnahme. Das geplante Projekt wird vorgestellt und es wird ausgelotet, ob die Pflegeeinrichtung sich eine Teilnahme prinzipiell vorstellen kann. Bei Interesse erhält die Pflegeeinrichtung schriftliche Informationen über die Studienziele, den geplanten Untersuchungsverlauf und die Datenschutzmaßnahmen. Besteht nach erneutem Telefonkontakt Interesse an einer Teilnahme, erfolgt ein Besuch vor Ort, bei dem das Projekt den Mitarbeitenden und Führungspersonen in einer Informationsveranstaltung vorgestellt wird. Im Anschluss daran werden die Fragebögen an die interessierten Personen verteilt.

4.3.2 Methodisches Vorgehen

Datenerhebung:

Entsprechend des in Abschnitt 4.3.1 ausgeführten Vorgehens erfolgt nach einer Vorstellung des Forschungsprojekts die Aushändigung des ACT-Fragebogens an die interessierten Zielpersonen. Die Testpersonen haben die Wahl, ob sie den Fragebogen gleich vor Ort oder lieber zu einem späteren Zeitpunkt ausfüllen möchten. Während die Testpersonen den Fragebogen ausfüllen, ist der Untersucher in der Einrichtung vor Ort, um für Rück- oder Verständnisfragen zur Verfügung zu stehen. Er befindet sich dabei jedoch in einem anderen Raum, wo ihn die Testpersonen bei Bedarf aufsuchen können. Die ausgefüllten Fragebögen werden von den Testpersonen in einen undurchsichtigen Umschlag ohne Kennzeichnung gesteckt. Dieser wird von ihnen zugeklebt und in einem abgeschlossenen, blickdichten Behälter mit einem dafür vorgesehenen Schlitz gesammelt. Nur der Untersucher hat den Schlüssel zu diesem Behälter. Erst wenn die Umschläge aller teilnehmenden Testpersonen im Behälter sind, nimmt der Untersucher diesen mit. Falls Testpersonen den Fragebogen nicht an Ort und Stelle ausfüllen können oder möchten oder falls sie ihren Fragebogen lieber per Post versenden wollen, erhalten sie einen persönlich und vertraulich an den Untersucher adressierten und frankierten

Rückumschlag ohne Kennzeichnung.

Datenauswertung:

Erhebungsinstrumente können nach verschiedenen anerkannten Kriterien beurteilt werden, wobei unterschieden wird nach Haupt- und Nebengütekriterien (z. B. Lienert & Raatz, 1998; Rost, 2004; Moosbrugger & Kelava, 2007; Bühner, 2011). Im Vordergrund stehen dabei vor allem die Reliabilität (Zuverlässigkeit bzw. Fehlerfreiheit der Messung) und die Validität (Gültigkeit, d. h. das Instrument misst genau die Merkmale [und nur diese], die es messen soll) (Rost, 2004; Moosbrugger & Kelava, 2007; Bühner, 2011; Raykov & Marcoulides, 2011).

Bewährte Grundlage für die Modellierung und Untersuchung psychometrischer Gütekriterien ist die klassische Testtheorie (KTT) (Rost, 2004; Moosbrugger, 2007b; de Gruijter & van der Kamp, 2008; Bühner, 2011; Raykov & Marcoulides, 2011). Diese weist jedoch verschiedene Schwächen auf: Sie ist eine reine Messfehlertheorie, die mögliche Zusammenhänge zwischen Merkmalen und Antwortverhalten nicht erfasst, erkennt und berücksichtigt eventuelle Mehrdimensionalität nicht, ihre Annahmen sind nicht überprüfbar und schwer haltbar und ihre Kennwerte sind stark Stichprobenabhängig (Rost, 2004; Moosbrugger, 2007b; de Gruijter & van der Kamp, 2008; Bühner, 2011; Raykov & Marcoulides, 2011). Daher wurde sie vielfach ergänzt und weiterentwickelt. Als Standard für die Bestimmung der Reliabilität wird heute die Generalisierbarkeitstheorie angesehen (Brennan, 2001; Moosbrugger, 2007b; de Gruijter & van der Kamp, 2008; Bühner, 2011; Furr, 2011; Raykov & Marcoulides, 2011). Standardgrundlage für die Untersuchung der Validität ist die probabilistische Testtheorie bzw. Item-Response-Theorie (IRT) (Rost, 2004; Amelang & Schmidt-Atzert, 2006; Moosbrugger, 2007a; de Gruijter & van der Kamp, 2008; Fox, 2010; Bühner, 2011; Raykov & Marcoulides, 2011). Diese werden die Basis für die Planung der psychometrischen Testung des übersetzten ACT sein.

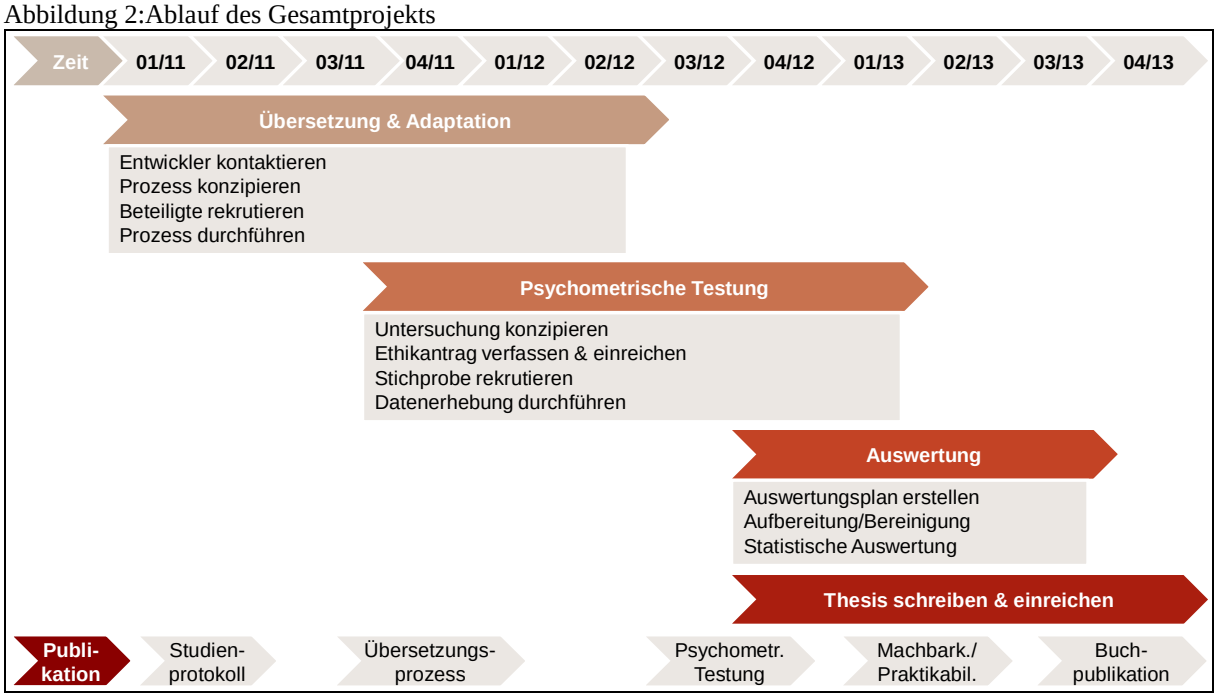
In beiden Fällen spielen latente Variablen (nicht direkt beobachtbare Konstrukte wie z. B. Organisationskultur) und manifeste (direkt beobachtbare und messbare) Indikatoren, die die Ausprägung der latente Variablen reflektieren und somit auf diese schließen lassen, eine bedeutsame Rolle (de Gruijter & van der Kamp, 2008; Raykov & Marcoulides, 2011). Die Modellierung der Zusammenhänge zwischen latenten und manifesten Variablen erfolgt mittels Strukturgleichungsmodellen (Schumacker & Lomax, 2004; Reinecke, 2005; Raykov & Marcoulides, 2006; Weiber & Mühlhaus, 2010; Hoyle, 2011; Kline, 2011). Eine Erweiterung dieser Modelle sind Multilevelstrukturgleichungsmodelle, die es erlauben sowohl Unterschiede zwischen allen Individuen als auch zwischen Clustern bestimmter Individuen zu berücksichtigen (Bickel, 2007; Raykov & Marcoulides, 2008; Langer, 2009; Hox, 2010; Goldstein, 2011; Nezlek, 2011). Es ist davon auszugehen, dass die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Institution das Antwortmuster der zugehörigen Probanden beeinflusst. Daher wird diese Erweiterung bei der Modellierung berücksichtigt. Die Dimensionen des ACT (*Leadership, Cul-*

ture, *Feedback*, …) können als latente, die subsummierten Items als manifeste Variablen angesehen werden. Zunächst erfolgt die Bildung von Hypothesen hinsichtlich der Zusammenhänge dieser Variablen. Diese werden in ein Strukturgleichungsmodell übersetzt (Modellspezifikation). Es erfolgt eine Schätzung sowohl einzelner Bestandteile des Modells als auch des Gesamtmodells (Modellschätzung). Zudem wird die Passung des Modells (*model fit*) evaluiert (Schumacker & Lomax, 2004; Reinecke, 2005; Raykov & Marcoulides, 2006; Weiber & Mühlhaus, 2010; Hoyle, 2011; Kline, 2011).

5 Zeitplan

Abb. 2 visualisiert die Zeitplanung des Gesamtprojekts. Der Übersetzungs- und Adaptationsprozess wird sich bis ins zweite Quartal 2012 erstrecken. Die psychometrische Testung wird etwa von Oktober 2011 bis März 2013 dauern. Bereits vor Abschluss der Übersetzung und Adaptation kann mit der Konzeption der Untersuchung begonnen werden. Der Ethikantrag wird verfasst und eingereicht, die Stichprobengröße und -zusammensetzung wird festgelegt und erste Einrichtungen werden rekrutiert. Die statistische Auswertung ist für den Zeitraum von Oktober 2012 bis Oktober 2013 angesetzt. Mit der Auswertung beginnt das eigentliche Verfassen der Thesis. Selbstverständlich werden bereits zum jetzigen Zeitpunkt und auch später kontinuierlich Arbeitsschritte und -ergebnisse dokumentiert. Geplant sind zudem verschiedene Veröffentlichungen. Die Anlage der Untersuchung soll in Form eines Studienprotokolls auf einem Kongress vorgestellt und auf der Webseite des NAR veröffentlicht werden. Als Journalpaper sind geplant: (1) Verlauf und Ergebnisse des Übersetzungs- und Adaptationsprozesses, (2) Ergebnisse der psychometrischen Testung, (3) Ergebnisse zur Anwendbarkeit des Instruments im Sektor der stationären Langzeitpflege Deutschlands sowie eine Buchpublikation des gesamten Promotionsprojekts.

Abbildung 2:Ablauf des Gesamtprojekts



Literaturverzeichnis

Acquadro, C., Conway, K., Hareendran, A. & Aaronson, N. (2008). Literature review of methods to translate health-related quality of life questionnaires for use in multinational clinical trials. *Value Health, 11*(3), 509-521. doi: 10.1111/j.1524-4733.2007.00292.x.

Aita, M., Richer, M.-C. & Héon, M. (2007). Illuminating the processes of knowledge transfer in nursing. *Worldviews Evid Based Nurs, 4*(3), 146-155. doi: 10.1111/j.1741-6787.2007.00087.x.

Amelang, M. & Schmidt-Atzert, L. (2006). *Psychologische Diagnostik und Intervention*. 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Heidelberg: Springer Medizin (= Reihe: Springer-Lehrbuch).

Behrens, J. & Langer, G. (2010). *Evidence-based Nursing and Caring: Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung*. 3., überarbeitete und ergänzte Auflage. Bern: Hans Huber (= Reihe: Pflegeforschung, Pflegepraxis).

Berta, W., Teare, G. F., Gilbart, E., Ginsburg, L. S., Lemieux-Charles, L., Davis, D. & Rappolt, S. (2010). Spanning the know-do gap: Understanding knowledge application and capacity in long-term care homes. *Soc Sci Med, 70*(9), 1326-1334. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.11.028.

Bickel, R. (2007). *Multilevel Analysis for Applied Research: It's Just Regression!* New York: Guilford Press (= Reihe: Methodology in the Social Sciences).

Boström, A.-M., Kajermo, K. N., Nordström, G. & Wallin, L. (2008). Registered nurses' use of research fndings in the care of older people. *J Clin Nurs, 17*(18), 1430-1441. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02370.x.

Boström, A.-M., Slaughter, S. E., Chojecki, D. & Estabrooks, C. A. (2011). What Do We Know About Knowledge Translation in the Care of Older Adults? A Scoping Review. *J Am Med Dir Assoc, e-pub. ahead of print, published online 14 February 2011*. http://www.jamda.com/article/S1525-8610%2810%2900400-7/pdf [Letzter Zugriff: 20.04.2011].

Brennan, R. L. (2001). *Generalizability Theory*. New York u. a.: Springer (= Reihe: Statistics for Social Science and Public Policy).

Bühner, M. (2011). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion*. 3., aktualisierte und erweiterte Auflage. München u. a.: Pearson Studium (= Reihe: Pearson Studium, Psychologie).

Capezuti, E., Taylor, J., Brown, H., Strothers, H. S., 3rd & Ouslander, J. G. (2007). Challenges to implementing an APN-facilitated falls management program in long-term care. *Appl Nurs Res, 20*(1), 2-9. doi: 10.1016/j.apnr.2005.11.002.

Colón-Emeric, C., Schenck, A., Gorospe, J., McArdle, J., Dobson, L., DePorter, C. & McConnell, E. (2006). Translating evidence-based falls prevention into clinical practice in nursing facilities: Results and lessons from a quality improvement collaborative. *J Am Geriatr Soc, 54*(9), 1414-1418. doi: 10.1111/j.1532-5415.2006.00853.x.

Davis, D. A. & Taylor-Vaisey, A. (1997). Translating guidelines into practice: A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *CMAJ, 157*(4), 408-416.

de Gruijter, D. N. M. & van der Kamp, L. J. T. (2008). *Statistical Test Theory for the Behavioral Sciences*. Boca Raton, FL: Chapman & Hall/CRC (= Reihe: Statistics in the Social and Behavioral Sciences Series, Band 2).

Dewe, B. (2006). Transfer, Transformation oder Relationierung von Wissen: Theoretische

Überlegungen zur berufsbezogenen Wissensforschung. In Schaeffer, D. (Hrsg.), *Wissenstransfer in der Pflege: Ergebnisse eines Expertenworkshops* (S. 15-27). IPW-Paper P06-133. Bielefeld: Universität Bielefeld, Institut für Pflegewissenschaft (IPW) (= Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)).

Dopson, S. (2007). A view from organizational studies. *Nurs Res, 56*(Suppl. 4), S72-S77. doi: 10.1097/01.NNR.0000280635.71278.e9.

Dopson, S. & Fitzgerald, L. (Hrsg.) (2005). *Knowledge to Action? Evidence-Based Health Care in Context*. New York: Oxford University Press.

Edwards, H., Chapman, H., Forster, E., Gaskill, D., Morrison, P. & Sanders, F. (2003). Challenges associated with implementing an education program in a residential aged care setting. *Aust Health Rev, 26*(3), 107-115. doi: 10.1071/AH030107.

Estabrooks, C. A., Derksen, L., Winther, C., Lavis, J. N., Scott, S. D., Wallin, L. & Profetto-McGrath, J. (2008a). The intellectual structure and substance of the knowledge utilization field: A longitudinal author co-citation analysis, 1945 to 2004. *Implement Sci, 3*(49). http://www.implementationscience.com/content/3/1/49 [Letzter Zugriff: 30.05.2009]. doi: 10.1186/1748-5908-3-49.

Estabrooks, C. A., Floyd, J. A., Scott-Findlay, S., O'Leary, K. A. & Gushta, M. (2003). Individual determinants of research utilization: A systematic review. *J Adv Nurs, 43*(5), 506-520. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02748.x.

Estabrooks, C. A., Hutchinson, A. M., Squires, J. E., Birdsell, J., Cummings, G. G., Degner, L., Morgan, D. & Norton, P. G. (2009a). Translating research in elder care: An introduction to a study protocol series. *Implement Sci, 4*(51). http://www.implementationscience.com/content/4/1/51 [Letzter Zugriff: 08.10.2010]. doi: 10.1186/1748-5908-4-51.

Estabrooks, C. A., Scott, S. D., Squires, J. E., Stevens, B., O'Brien-Pallas, L., Watt-Watson, J., Profetto-McGrath, J., McGilton, K., Golden-Biddle, K., Lander, J., Donner, G., Boschma, G., Humphrey, C. K. & Williams, J. (2008b). Patterns of research utilization on patient care units. *Implement Sci, 3*(31). doi: 10.1186/1748-5908-3-31.

Estabrooks, C. A., Squires, J. E., Adachi, A. M., Kong, L. & Norton, P. G. (2008c). *Utilization of Health Research in Acute Care Settings in Alberta (ACUTE): ACUTE Technical Report*. Report No. 08-01-TR, April 2008. Edmonton: University of Alberta, Faculty of Nursing (= Knowledge Utilization Studies Program). http://www.kusp.ualberta.ca/Research/CompletedProjects/~/media/University%20of%20Alberta/Faculties/Faculty%20of%20Nursing/Departments/Knowledge%20Utilization%20Studies%20Program/Documents/Technical%20Reports/AKUTE_REPORT_05May2008_final.ashx [Letzter Zugriff: 08.11.2010].

Estabrooks, C. A., Squires, J. E., Cummings, G. G., Birdsell, J. M. & Norton, P. G. (2009b). Development and assessment of the Alberta Context Tool. *BMC Health Serv Res, 9*(234). http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/234 [Letzter Zugriff: 30.09.2010]. doi: 10.1186/1472-6963-9-234.

Estabrooks, C. A., Winther, C. & Derksen, L. (2004). Mapping the field: A bibliometric analysis of the research utilization literature in nursing. *Nurs Res, 53*(5), 293-303.

FIRE-study (2011). *Facilitating Implementation of Research Evidence (FIRE)*. http://www.parihs.org/pages/firestudy.html [Letzter Zugriff: 11.02.2011].

Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M. & Wallace, F. (2005). *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. FMHI Publication 231. Tampa: University of South

Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network.

Fleuren, M., Wiefferink, K. & Paulussen, T. (2004). Determinants of innovation within health care organizations: Literature review and Delphi study. *Int J Qual Health Care, 16*(2), 107-123. doi: 10.1093/intqhc/mzh030.

Fox, J.-P. (2010). *Bayesian Item Response Modeling: Theory and Applications*. New York u. a.: Springer (= Reihe: Statistics for Social and Behavioral Sciences).

French, B., Thomas, L. H., Baker, P., Burton, C. R., Pennington, L. & Roddam, H. (2009). What can management theories offer evidence-based practice? A comparative analysis of measurement tools for organisational context. *Implement Sci, 4*(28). http://www.implementationscience.com/content/4/1/28 [Letzter Zugriff: 13.10.2009]. doi: 10.1186/1748-5908-4-28.

Furr, R. M. (2011). *Scale Construction and Psychometrics for Social and Personality Psychology*. Los Angeles u. a.: SAGE (= Reihe: The SAGE Library of Methods in Social and Personality Psychology).

Gershon, R. R., Stone, P. W., Zeltser, M., Faucett, J., MacDavitt, K. & Chou, S. S. (2007). Organizational climate and nurse health outcomes in the United States: a systematic review. *Ind Health, 45*(5), 622-636. doi: 10.2486/indhealth.45.622.

Gitlin, L. N., Jacobs, M. & Earland, T. V. (2010). Translation of a dementia caregiver intervention for delivery in homecare as a reimbursable medicare service: Outcomes and lessons learned. *Gerontologist, 50*(6), 847-854. doi: 10.1093/geront/gnq057.

Goldstein, H. (2011). *Multilevel Statistical Models*. 4. Auflage. Chichester: Wiley (= Reihe: Wiley Series in Probability and Statistics).

Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W. & Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: Time for a map? *J Contin Educ Health Prof, 26*(1), 13-24. doi: 10.1002/chp.

Greenhalgh, T., Glenn, R., Bate, P., Macfarlane, F. & Kyriakidou, O. (2005). *Diffusion of Innovations in Health Service Organisations: A Systematic Literature Review*. Massachusetts, Oxford, Victoria: Blackwell (= Reihe: BMJ Books).

Greif, S., Runde, B. & Seeberg, I. (2004). *Erfolge und Misserfolge beim Change Management*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford, Prag: Hogrefe (= Reihe: Innovatives Management).

Grol, R., Berwick, D. M. & Wensing, M. (2008). On the trail of quality and safety in health care. *BMJ, 336*(7635), 74-76. doi: 10.1136/bmj.39413.486944.AD.

Grol, R. & Grimshaw, J. M. (2003). From best evidence to best practice: Effective implementation of change in patients' care. *Lancet, 362*(9391), 1225-1230. doi: 10.1016/S0140-6736(03)14546-1.

Grol, R., Wensing, M. & Eccles, M. (Hrsg.) (2005). *Improving Patient Care: The Implementation of Change in Clinical Practice*. Edinburgh, London, New York, Oxford, Philadelphia, St. Louis, Sydney, Toronto: Elsevier.

Hill, H. (2008). Talk but no walk: Barriers to person-centered care. *J Dement Care, 16*(4), 21-24.

Hoben, M. (2010). *Implementierungsprozesse in der stationären Langzeitpflege am Beispiel des Resident Assessment Instrument (RAI): Interpretativ-rekonstruktive Analyse der Perspektive von Führungspersonen*. Unveröffentlichte Masterarbeit. Halle/Saale: Martin-Luther-Universtität Halle-

Wittenberg, Medizinische Fakultät, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft.

Hox, J. J. (2010). *Multilevel Analysis: Techniques and Applications*. 2. Auflage. New York, Hove: Routledge (= Reihe: Quantitative Methodology Series).

Hoyle, R. H. (2011). *Structural Equation Modeling for Social and Personality Psychology*. Los Angeles u. a.: Sage (= Reihe: The SAGE Library of Methods in Social and Personality Psychology).

Iles, V. & Sutherland, K. (2001). *Organisational Change: A Review for Healh Care Managers, Professionals and Researchers*. London: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation (NCCSDO) (= Managing Change in the NHS). http://www.sdo.nihr.ac.uk/files/adhoc/change-management-review.pdf [Letzter Zugriff: 23.09.2009].

Ishii, S., Weintraub, N. & Mervis, J. R. (2009). Apathy: A common psychiatric syndrome in the elderly. *J Am Med Dir Assoc, 10*(6), 381-393. doi: 10.1016/j.jamda.2009.03.007.

Kitson, A., Harvey, G. & McCormack, B. (1998). Enabling the implementation of evidence based practice: A conceptual framework. *Qual Health Care, 7*(3), 149-158. doi: 10.1136/qshc.7.3.149.

Kitson, A. L. (2009). The need for systems change: Reflections on knowledge translation and organizational change. *J Adv Nurs, 65*(1), 217-228. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04864.x.

Kline, R. B. (2011). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. 3. Auflage. New York, London: The Guilford Press (= Reihe: Methodology in the Social Sciences).

KUSP – Knowledge Utilization Studies Program (2011a). http://www.kusp.ualberta.ca/ [Letzter Zugriff: 11.02.2011].

KUSP – Knowledge Utilization Studies Program (2011b). *Research*. http://www.kusp.ualberta.ca/en/Research.aspx [Letzter Zugriff: 28.03.2011].

Lancaster, J. (1999). Managing Change. In Lancaster, J. (Hrsg.), *Nursing Issues in Leading and Managing Change* (S. 149-169). St. Louis: Mosby.

Langer, W. (2009). *Mehrebenenanalyse: Eine Einführung für Forschung und Praxis*. 2. Auflage. Wiesbaden: VS (= Reihe: Studienskripten zur Soziologie).

Lemieux-Charles, L. & Champagne, F. (Hrsg.) (2004). *Using Knowledge and Evidence in Health Care: Multidisciplinary Perspectives*. Toronto, Buffalo, London: University of Toronto Press.

Lienert, G. A. & Raatz, U. (1998). *Testaufbau und Testanalyse*. 6. Auflage. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verlags-Union.

MacDavitt, K., Chou, S. S. & Stone, P. W. (2007). Organizational climate and health care outcomes. *Jt Comm J Qual Patient Saf, 33*(Suppl. 11), 45-56. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18173165

Mahler, C., Jank, S., Reuschenbach, B. & Szecsenyi, J. (2009). „Komm, lass uns doch schnell mal den Fragebogen übersetzen“: Richtlinien zur Übersetzung und Implementierung englischsprachiger Assessment-Instrumente. *Pflegewissenschaft, 11*(1), 5-12.

Mahler, C. & Reuschenbach, B. (accepted). Richtlinien zur Übersetzung von Assessmentinstrumenten. In Reuschenbach, B. & Mahler, C. Eds.), *Internationales Handbuch pflegerelevanter Assessmentinstrumente*. In preparation. Bern: Hans Huber.

Mahler, C. & Reuschenbach, B. (Akzeptiert). Richtlinien zur Übersetzung von

Assessmentinstrumenten. In Reuschenbach, B. & Mahler, C. (Hrsg.), *Internationales Handbuch pflegerelevanter Assessmentinstrumente*. In Vorbereitung. Bern: Hans Huber.

Maneesriwongul, W. & Dixon, J. K. (2004). Instrument translation process: A methods review. *J Adv Nurs, 48*(2), 175-186. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03185.x.

Mannion, R., Davies, H., Konteh, F., Jung, T., Scott, T., Bower, P., Whalley, D., McNally, R. & McMurray, R. (2008). *Measuring and Assessing Organisational Culture in the NHS (OC1)*. Research Report, Produced for the National Co-ordinating Centre for the National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation Programme (NCCSDO), June 2008. London: National Coordinating Centre for the Service Delivery and Organisation (NCCSDO). www.sdo.nihr.ac.uk/files/adhoc/91-revised-final-report.pdf [Letzter Zugriff: 22.10.2010].

Masso, M. & McCarthy, G. (2009). Literature review to identify factors that support implementation of evidence-based practice in residential aged care. *Int J Evid Based Healthc, 7*(2), 145-156. doi: 10.1111/j.1744-1609.2009.00132.x.

Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. 11., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz (= Reihe: Beltz Pädagogik).

McCormack, B., Kitson, A., Harvey, G., Rycroft-Malone, J., Titchen, A. & Seers, K. (2002). Getting evidence into practice: The meaning of 'context'. *J Adv Nurs, 38*(1), 94-104. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02150.x.

Meijers, J. M., Janssen, M. A., Cummings, G. G., Wallin, L., Estabrooks, C. A. & R, Y. G. H. (2006). Assessing the relationships between contextual factors and research utilization in nursing: Systematic literature review. *J Adv Nurs, 55*(5), 622-635. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03954.x.

Moosbrugger, H. (2007a). Item-Response-Theorie (IRT). In Moosbrugger, H. & Kelava, A. (Hrsg.), *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (S. 216-259). Heidelberg: Springer Medizin (= Reihe: Springer-Lehrbuch).

Moosbrugger, H. (2007b). Klassische Testtheorie (KTT). In Moosbrugger, H. & Kelava, A. (Hrsg.), *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (S. 99-112). Heidelberg: Springer Medizin (= Reihe: Springer-Lehrbuch).

Moosbrugger, H. & Kelava, A. (2007). Qualitätsanforderungen an einen psychologischen Test (Testgütekriterien). In Moosbrugger, H. & Kelava, A. (Hrsg.), *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (S. 7-26). Heidelberg: Springer Medizin (= Reihe: Springer-Lehrbuch).

Mowatt, G., Thomson, M. A., Grimshaw, J. & Grant, A. (1998). Implementing early warning messages on emerging health technologies. *Int J Technol Assess Health Care, 14*(4), 663-670.

Müller-Hergl, C. (2006). *„...und dann klappte die Umsetzung nicht...“: Implementierung neuer Pflegepraxis bei Demenz*. Witten-Herdecke: Universität Witten-Herdecke, Institut für Pflegewissenschaft, Dialogzentrum Demenz. http://www.uni-wh.de/fileadmin/media/g/pflege/dzd/Downloads/Arbeitspapiere/Implementierung.pdf [Letzter Zugriff: 22.10.2010].

Nezlek, J. B. (2011). *Multilevel Modeling for Social and Personality Psychology*. Los Angeles u. a.: SAGE (= Reihe: The SAGE Library of Methods in Social und Personality Psychology).

Nichols, E. & Childs, J. H. (2009). Respondent debriefings conducted by experts: A technique for questionnaire evaluation. *Field Method, 21*(2), 115-132. doi: 10.1177/1525822x08330265.

Raykov, T. & Marcoulides, G. A. (2006). *A First Course in Structural Equation Modeling*. 2. Auflage. New York, NY u. a.: Psychology Press.

Raykov, T. & Marcoulides, G. A. (2008). *An Introduction to Applied Multivariate Analysis*. New York, u. a.: Routledge.

Raykov, T. & Marcoulides, G. A. (2011). *Introduction to Psychometric Theory*. New York, Hove: Routledge.

Reinecke, J. (2005). *Strukturgleichungsmodelle in den Sozialwissenschaften*. München, Wien: Oldenbourg.

Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations*. 5. Auflage. New York: Free Press.

Rost, J. (2004). *Lehrbuch Testtheorie - Testkonstruktion*. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber (= Reihe: Statistik und Methodenlehre bei Hans Huber).

Roth, D., Panzano, P. C., Crane-Ross, D., Massatti, R. & Carstens, C. (2002). The Innovation Diffusion and Adoption Research Project (IDARP): Moving from the Diffusion of Research Results to Promoting the Adoption of Evidence-Based Innovations in the Ohio Mental Health System. In Roth, D. & Lutz, W. J. (Hrsg.), *New Research in Mental Health, 2000-2001 Biennium, Volume 15* (S. 149-156). Columbus: Ohio Department of Mental Health. http://b9962ed140049a571a710839f1f71c989aaf09ce.gripelements.com/oper/research/publications/grants-program/new-research/volumes/volume15.pdf [Letzter Zugriff: 08.12.2009].

Rothgang, H., Iwansky, S., Müller, R., Sauer, S. & Unger, R. (2010). *BARMER GEK Pflegereport 2010: Schwerpunktthema: Demenz und Pflege*. November 2010. Schwäbisch Gmünd: BARMER GEK (= Reihe: Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 5). http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Versicherte/UeberUns/Pressecenter/Aktuelle_20Pressemitteilungen/101130-Pflegereport/PDF-Pflegereport-2010,property=Data.pdf [Letzter Zugriff: 19.01.2011].

Rycroft-Malone, J., Kitson, A., Harvey, G., McCormack, B., Seers, K., Titchen, A. & Estabrooks, C. (2002). Ingredients for change: Revisiting a conceptual framework. *Qual Saf Health Care, 11*(2), 174-180. doi: 10.1136/qhc.11.2.174.

Schaeffer, D. (2006). Wissenstransfer in der Pflege – ein Problemaufriss. In Schaeffer, D. (Hrsg.), *Wissenstransfer in der Pflege: Ergebnisse eines Expertenworkshops* (S. 1-14). IPW-Paper P06-133. Bielefeld: Universität Bielefeld, Institut für Pflegewissenschaft (IPW) (= Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)).

Schäufele, M., Köhler, L., Teufel, S. & Weyerer, S. (2005). Betreuung von demenziell erkrankten Menschen in Privathaushalten: Potenziale und Grenzen. In Schneekloth, U. & Wahl, H. W. (Hrsg.), *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III): Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht* (S. 99-144). Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Schumacker, R. E. & Lomax, R. G. (2004). *A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling*. 2. Auflage. Mahwah, NJ u. a.: Erlbaum.

Schuman, H. (1966). The random probe: A technique for evaluating validity of closed questions. *Am Sociol Rev, 31*(2), 218-222.

Scott-Findlay, S. & Estabrooks, C. A. (2006). Mapping the organizational culture research in nursing: A literature review. *J Adv Nurs, 56*(5), 498-513. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04044.x.

Scott, S. D., Profetto-McGrath, J., Estabrooks, C. A., Winther, C., Wallin, L. & Lavis, J. N. (2010). Mapping the knowledge utilization field in nursing from 1945 to 2004: A bibliometric analysis. *Worldviews Evid Based Nurs, 7*(Early view, first published online).

http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1741-6787.2010.00197.x/pdf [Letzter Zugriff: 13.11.2010]. doi: 10.1111/j.1741-6787.2010.00197.x.

Squires, J., Estabrooks, C., Gustavsson, P. & Wallin, L. (2011). Individual determinants of research utilization by nurses: A systematic review update. *Implement Sci, 6*(1). http://www.implementationscience.com/content/6/1/1 [Letzter Zugriff: 10.01.2011].

Squires, J. E., Kong, L., Brooker, S., Mitchell, A., Sales, A. E. & Estabrooks, C. A. (2009). *Examining the Role of Context in Alzheimer Care Centers: A Pilot Study. Technical Report*. Report No. 08-04-TR, June 2009. Edmonton: University of Alberta, Faculty of Nursing (= Knowledge Utilization Studies Program). https://kusp.sitecore.ualberta.ca/Research/CompletedProjects/~/media/University%20of%20Alberta/Faculties/Faculty%20of%20Nursing/Departments/Knowledge%20Utilization%20Studies%20Program/Documents/Technical%20Reports/CapCare_Tech_Report_Final_22JUNE2009.ashx [Letzter Zugriff: 08.11.2010].

Sterns, S., Miller, S. C. & Allen, S. (2010). The complexity of implementing culture change practices in nursing homes. *J Am Med Dir Assoc, 11*(7), 511-518. doi: 10.1016/j.jamda.2009.11.002.

Straus, S. E., Tetroe, J. & Graham, I. D. (Hrsg.) (2009). *Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice.* Chichester: Wiley-Blackwell.

Thompson, D. S., Estabrooks, C. A., Scott-Findlay, S., Moore, K. & Wallin, L. (2007). Interventions aimed at increasing research use in nursing: A systematic review. *Implement Sci, 2*(15). http://www.implementationscience.com/content/2/1/15 [Letzter Zugriff: 18.10.2010]. doi: 10.1186/1748-5908-2-15.

Treusch, Y., Jerosch, D., Majic, T., Heinz, A., Gutzmann, H. & Rapp, M. A. (2010). Wie können demenzkranke Pflegeheimbewohner mit Apathie besser versorgt werden? *Psychiatr Prax, 37*(2), 84-88. doi: 10.1055/s-0029-1223472.

van Achterberg, T., Schoonhoven, L. & Grol, R. (2008). Nursing implementation science: How evidence-based nursing requires evidence-based implementation. *J Nurs Scholarsh, 40*(4), 302-310. doi: 10.1111/j.1547-5069.2008.00243.x.

Weiber, R. & Mühlhaus, D. (2010). *Strukturgleichungsmodellierung: Eine anwendungsorientierte Einführung in die Kausalanalyse mit Hilfe von AMOS, SmartPLS und SPSS*. Berlin u. a.: Springer (= Reihe: Springer-Lehrbuch).

Weiner, B. J., Amick, H. & Lee, S. Y. (2008). Conceptualization and measurement of organizational readiness for change: A review of the literature in health services research and other fields. *Med Care Res Rev, 65*(4), 379-436. doi: 10.1177/1077558708317802.

Weyerer, S. (2005). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Altersdemenz*. Heft 28. Berlin, Bonn: Robert Koch-Institut, Statistisches Bundesamt.

Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A. & Erikson, P. (2005). Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for Patient-Reported Outcomes (PRO) measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health, 8*(2), 94-104. doi: 10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x.

Willis, G. B. (2005). *Cognitive Interviewing: A tool for improving questionnaire design*. Thousand Oaks u. a.: Sage.

Woolf, S. H. (2008). The meaning of translational research and why it matters. *JAMA, 299*(2), 211-213. doi: 10.1001/jama.2007.26.